

DES
KYSTES HYDATIQUES
DE L'ÉPIPLOON ET DU BASSIN

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 17 Novembre 1892

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JOSEPH MONÉGER

Né le 18 Octobre 1870, à Egletons (Corrèze)



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Novembre 1892

DES
KYSTES HYDATIQUES
DE L'ÉPIPLOON ET DU BASSIN

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 17 Novembre 1892

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JOSEPH MONÉGER

Né le 18 Octobre 1870, à Egletons (Corrèze)



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Novembre 1892

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. Doyen
GAYET. Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, GLÉNARD.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.	{	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Cliniques des maladies mentales.		GAYET.
Physiques médicale.		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique.		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE.
Anatomie.		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales		J. TEISSIER.
Anatomie pathologique.		BERNE.
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée		TRIPPIER (RAYMOND).
Médecine légale.		X.
Hygiène		ARLOING.
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacie.		ROLLET.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants MM. PERRET, agrégé.
Accouchements. POLLOSSON, —
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DEVIC.	MM. PERRET.	MM. ROQUE.
BEAUVISAGE.	DIDELOT.	POLLOSSON.	ROUX.
CONDAMIN.	GANGOLPHE.	ROCHET.	VIALLETON.
COURMONT.	JABOULAY.	RODET.	WEILL.
DEROIDE.	LANNOIS.	ROLLET.	

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. PONCET, Président; M. LANNOIS, Assesseur; MM. JABOULAY et CONDAMIN, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE — A MA MÈRE

A MON GRAND-PÈRE — A MA GRAND'MÈRE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR PONCET

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE LYON

A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

INTRODUCTION

Au cours du dernier semestre d'hiver, durant notre stage dans le service de M. le professeur Poncet, nous nous pressions un matin autour de la table d'opération ; on devait pratiquer une laparotomie pour des tumeurs abdominales, que l'on supposait être des fibromes. La malade soigneusement préparée fut placée sur le lit de Trendelenbourg et, l'abdomen ouvert, grand fut notre étonnement quand, au lieu de fibromes attendus, nous vîmes sortir à travers la plaie de grosses masses nacrées qui, incisées, laissèrent s'échapper de petites vésicules semblables à des grains de raisin. Il ne s'agissait donc point de fibromes utérins, mais bien de kystes hydatiques développés dans l'épiploon et le bassin.

Frappé de trouver ces parasites dans un endroit aussi différent de ceux où on a l'habitude de les rencontrer, il

nous parut intéressant de chercher dans la littérature médicale les faits analogues, de les grouper, d'en détacher les traits communs et de les condenser en un tout qui à l'avenir permît de distinguer cette affection. Engagé dans cette voie par M. le professeur Poncet, nous nous mîmes à l'œuvre. Les ouvrages classiques les plus complets se trouvant muets ou à peu près sur la question, nous songeâmes alors à feuilleter ce qu'on a pu appeler non sans quelque raison les faits divers de la pathologie chirurgicale. En fouillant de ci de là, nous nous rendîmes bien vite compte que les observations n'en étaient pas absolument rares, nous crûmes en outre reconnaître soit entre elles, soit avec celle recueillie dans le service de M. le professeur Poncet certaines ressemblances, un air de famille en quelque sorte.

Restait à savoir si cet air de famille n'était point trompeur. La vérification n'en était pas facile, l'affection dont il s'agit n'étant pas de celles qu'on trouve journellement dans la pratique. Heureusement le hasard nous servit à souhait. A quelque temps de là en effet, pendant notre stage à la Charité dans le service de M. le professeur Laroyenne, M. Goullioud nous présenta un jour une malade porteur d'une affection en apparence assez bizarre et pour laquelle le diagnostic était hésitant entre un kyste ovarien d'aspect un peu anormal et une tumeur de l'épiploon. Ayant examiné cette malade de près, nous fûmes frappé de la similitude des symptômes qu'elle présentait avec ceux

que nos recherches nous avaient montrés révélateurs des kystes hydatiques de l'épiploon. En conséquence nous nous prononçâmes nettement pour cette dernière affection : le lendemain l'opération confirma ce diagnostic ¹.

Nous n'avions point fait fausse route, nous nous trouvions donc bien en présence d'un ensemble de symptômes caractéristiques d'une affection bien déterminée. Mais grâce à ce nouveau cas, nous ne nous sommes pas borné à cette simple constatation. Ayant pu, en effet, observer la malade à loisir, il nous a été facile de bien nous pénétrer, ce qui nous manquait encore, de l'allure vraiment clinique de l'affection ; enfin, comme nous l'avons suivie assez longtemps, nous avons pu apprécier à leur juste valeur les bénéfices d'une intervention que nous recommandons au chapitre du traitement.

Il y aura certainement beaucoup de lacunes dans notre modeste essai. Nous avons élagué, du reste, de parti pris tout ce qui ne se rattachait pas directement à la question, nous efforçant surtout de rendre l'impression clinique qu'elle nous avait laissée. Notre description y gagnera certainement en clarté, elle contribuera peut-être un peu à simplifier la question si embrouillée des kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale. Si l'on se reporte, en effet, aux quelques travaux consacrés à ce sujet :

¹ Goullioud, Extirpation d'épiploon pour kystes hydatiques (Compte rendu de la Société de médecine. *Lyon médical*, 1^{er} mai 1892).

Gérard (th. de Paris, 1876); Masseron (th. de Paris, 1882); Albert (th. de Paris, 1887); on voit que ces auteurs ont pour la plupart réuni ensemble et les kystes du petit bassin et ceux du foie et ceux de la rate et ceux du mésentère et ceux de l'épiploon, etc., etc., de sorte qu'au milieu de tout cela on a bien de la peine à se reconnaître. Nous avons pensé, à la suite de nos recherches, que la question était bien moins complexe, qu'il n'y avait rien à dire des kystes hydatiques du petit bassin après l'excellente description qui en a été donnée par M. Charcot, dès 1852, que les kystes du foie et de la rate occupaient dans tous les traités de pathologie une place assez grande pour qu'il soit inutile d'y insister à nouveau et qu'enfin, quand ces kystes se généralisaient à la cavité abdominale proprement dite, le premier organe pris était généralement l'épiploon. Ce n'est que dans les cas de généralisation extrême que le mésentère et les autres points de la cavité abdominale sont envahis. L'essentiel est donc de reconnaître la nature des tumeurs épiploïques, car, si on en trouve quelques autres égarées en un autre point de la cavité abdominale (Jaboulay, obs. III), comme il ne faut en général pas multiplier le nombre des affections, on les rattachera certainement aux premières.

Mais nous ne voulons pas pénétrer plus avant dans notre sujet sans adresser à M. le professeur Poncet, avec nos remerciements, l'expression de notre profonde reconnaissance, nos remerciements pour l'honneur qu'il nous fait

en acceptant la présidence de notre thèse, notre reconnaissance pour tous les bons conseils et toutes les excellentes leçons que nous en avons reçu.

M. le D^r Goullioud nous a accueilli dès la première heure avec une bienveillance que nous ne saurions oublier. Il ne nous a ménagé ni son temps, ni ses conseils, c'est pour nous un devoir de lui en exprimer ici toute notre gratitude.

Nous croirions aussi manquer à notre devoir si nous omettions à cette place les noms de MM. les professeurs agrégés Jaboulay et Lannois, qui ont bien voulu nous abandonner les observations dont ils étaient possesseurs.

Tous nos remerciements enfin à nos camarades Genod, Augier et Grisel pour la gracieuseté avec laquelle ils ont mis à notre disposition, le premier, ses talents d'artiste, les autres leur connaissance approfondie des langues allemande et anglaise.

DES

KYSTES HYDATIQUES

DE L'ÉPIPLOON ET DU BASSIN

CHAPITRE PREMIER

Observations Cliniques.

OBSERVATION I

Kystes hydatiques de l'épiploon. — Laparotomie et résection du tablier épiploïque tout entier qui en est farci (1200 grammes), par M. Goullioud. — Guérison. — État de la malade sept mois après l'opération : pas de récurrence, amélioration considérable.

Marguerite D..., âgée de trente-neuf ans, hôtelière sur les bords du Rhône, à T..., où elle garde plusieurs chiens de chasse en location, entre à la Charité dans le service de M. le professeur Laroyenne le 24 mars 1892.

Elle a eu trois enfants, le dernier il y a douze ans. Pas de fausses couches. Menstruation normale.

Depuis deux ans cette femme éprouve dans le ventre des douleurs passagères et qui, sans être intenses, gênent la marche et l'obligent à beaucoup de ménagement dans son travail un peu

pénible. Elle se plaint en outre, à peu près depuis la même époque, de troubles de la digestion : de temps en temps et sans cause appréciable elle est prise tout d'un coup de régurgitations fréquentes de ses aliments, plus rarement de vomissements pénibles alimentaires ou bilieux.

C'est seulement au mois de janvier dernier, à l'occasion d'une grippe, qu'un médecin lui a fait remarquer qu'elle avait des grosseurs dans le ventre. Depuis cette époque, ces grosseurs ont augmenté de volume et les malaises ayant suivi une marche parallèle, la malade s'est décidée à entrer à l'hôpital.

Elle a eu ses règles il y a quinze jours.

A l'examen du ventre, on constate la présence de masses multiples, volumineuses, résistantes ou fluctuantes, mates, étendues du bord inférieur des côtes jusqu'au pubis. La plus inférieure simule un kyste de l'ovaire, est perceptible par le vagin et maintient l'utérus en rétroversion ; une autre sous le foie est saillante, manifestement fluctuante. D'autres occupent la région ombilicale ; les flancs seuls en paraissent à peu près dépourvus.

Toutes ces tumeurs jouissent d'une grande mobilité dans le sens transversal et même de bas en haut.

Il n'y a pas d'ascite. On ne trouve ni matité dans les flancs, ni ballottement par le toucher vaginal, pas d'œdème des jambes.

Le diagnostic est d'abord hésitant entre un kyste ovarien d'aspect un peu anormal et une tumeur de l'épiploon. En faveur d'un kyste de l'ovaire, on pouvait invoquer la rétroversion de l'utérus et l'existence de cette grosse masse que nous venons de signaler au niveau de la région hypogastrique droite. Mais en raison de la multiplicité des tumeurs répandues pour ainsi dire sur toute la surface de l'abdomen, en raison de leur mobilité dans le sens transversal et de bas en haut, en raison des crises douloureuses éprouvées par la malade, nous nous prononçons nettement pour des kystes hydatiques de l'épiploon.

L'intervention est décidée et, le 26 mars, M. Goullioud, en l'absence de M. le professeur Laroyenne, se dispose à pratiquer la laparotomie. Dès que la malade est en position de Trendelenbourg, la tumeur tend à remonter vers l'épigastre et la main peut à tra-

vers la paroi abdominale passer entre son extrémité inférieure et le pubis : le diagnostic de tumeur épiploïque est affirmé.

On fait une incision ayant pour centre l'ombilic qu'on laisse à droite, mais on doit l'agrandir au cours de l'opération, si bien qu'à la fin elle mesure 16 centimètres de long, les deux tiers au-dessous de l'ombilic, l'autre tiers au-dessus. On tombe sur un épiploon qui renferme un grand nombre de kystes dans son épaisseur, kystes variant du volume de celui d'un grain jusqu'à celui d'une orange moyenne. Un se rompt dès le début et laisse écouler un liquide transparent comme de l'eau de roche, rendant ainsi manifeste le diagnostic de kyste hydatique. Après que l'on a détaché quelques adhérences lâches au cæcum et à la paroi abdominale sur les bords de l'épiploon, le tablier épiploïque chargé de sa grappe de kystes se laisse assez facilement et progressivement sortir de la plaie. Il ne présente en effet qu'une adhérence insignifiante à la paroi abdominale sur laquelle un kyste s'est greffé un peu au-dessus de la vessie. Il n'en présente aucune avec l'intestin grêle. L'épiploon ne tient plus alors que par ses adhérences naturelles au côlon transverse. A ce niveau, il présente une série de kystes gros comme de grosses oranges qui dédoublent l'épiploon. On fait, à cause de ce dédoublement, une double rangée de pédicules, et, à cause du nombre considérable des sinus veineux de l'épiploon, à cause de la crainte de plisser le côlon transverse on les fait multiples, une quinzaine environ. On peut se tenir pour tous à trois ou quatre travers de doigt de la grande courbure de l'estomac, les kystes ne remontant pas ou presque pas au-dessus du côlon transverse.

On ne saurait répondre que quelques petits kystes n'ont pas été laissés dans les petits épiploons et sur les côlons ascendants et descendants. Mais il en reste un groupe adhérent sous la partie postérieure de la face inférieure du foie. La main glissée entre le côlon et les fausses côtes sent le bord antérieur du foie normal ; c'est un peu plus en arrière que sont ces kystes, on ne saurait les atteindre sans passer à travers les méso-côlons, par suite sans s'exposer à une gangrène intestinale, comme MM. Goullioud et Mollard en ont rapporté antérieurement une observation ¹. Il est

¹ *Lyon médical*, t. II, 1889.

impossible de juger, à travers le méso-côlon, des rapports de ces kystes, peut-être sont-ils en partie inclus dans le foie, aussi paraît-il plus sage de les abandonner. Un d'eux crevant à ce moment verse un liquide limpide sur le champ opératoire.

La malade pendant les ligatures multiples des pédicules épiploïques a beaucoup pâli et l'on craint de prolonger par trop l'opération. Toilette soignée du péritoine. Encore quelques ligatures isolées sur les points qui saignent. A noter qu'en un point large de 1 à 2 centimètres carrés la couche musculaire du côlon transverse est à nu. On ferme complètement le ventre par un triple étage de sutures en surjet au catgut sur le péritoine, la couche aponévrotique et la peau.

Le pansement terminé et, pour éviter toute rétention de liquide, à cause surtout de la rupture de deux ou trois kystes dans le péritoine, on se décide à drainer le cul-de-sac vaginal. Après lavage du vagin on fait une petite section aux ciseaux de la muqueuse vaginale en arrière du col, on crève le cul-de-sac de Douglas avec le dilateur de Léon Tripier et on met une mèche de gaze iodée formée.

Ce vaste tablier épiploïque dont les kystes supérieurs glissaient sous l'apophyse xiphoïde et les kystes inférieurs maintenaient l'utérus en rétroversion pesait 1200 grammes. Quelques kystes sont pédiculés. Ils sont ou remplis d'un liquide transparent, ou d'une sorte de bouillie, ou de vésicules transparentes.

M. Dor qui a fait l'examen microscopique du liquide y a trouvé un grand nombre de crochets.

On n'a senti aucune tumeur soit dans le cul-de-sac vésico-utérin, soit dans le Douglas.

L'opération a duré une heure et demie.

27 mars. — La malade a de la peine à se réchauffer. Elle n'éprouve la sensation de chaleur qu'après une piqûre avec 1/2 centigramme de morphine. Le soir le pouls est à 140 et la température rectale s'élève à 39°,2.

28 mars. — La température qui le matin était à 39°,2 est tombée le soir à 38°,2. Le pouls marque 120 seulement. Bon facies, pas de ballonnement. La malade n'a encore pris aucune purgation

et comme elle n'a encore eu ni gaz, ni selles, on lui administre un cachet avec calomel et jalap : 0^{gr},25 de chaque. L'appréhension qu'on avait pu concevoir hier se dissipe.

29 mars. — La malade a fait des gaz sonores. Le facies est toujours bon, pas de douleurs, pouls à 120. Température 38°,2. On lui administre un demi-verre d'eau purgative.

30 mars. — Amélioration de plus en plus sensible, pouls à 105, à la suite de la nouvelle administration d'un demi-verre d'eau purgative, la malade est bien allée à la selle.

4 avril. — Les fils sont enlevés : réunion par première intention. L'écoulement séro-sanguinolent par le vagin a duré une huitaine de jours, plus qu'avec un Mikulicz ordinaire. La malade va du ventre spontanément tous les jours, elle mange avec appétit, avec beaucoup plus d'appétit qu'auparavant. Elle n'a plus de régurgitations et ne se plaint que d'un peu de pesanteur après le repas.

9 avril. — Examen local : la ligne d'incision est bien cicatrisée. Tout le ventre est normalement sonore, moins le flanc droit qui reste occupé par une tumeur molle, rénitente, ayant une faible mobilité, rappelant celle d'un gros rein (ballotement). A ce niveau la percussion donne une matité limitée en avant par une ligne à peu près verticale qui est un peu en avant de l'épine iliaque antéro-supérieure. La matité du foie commence dans le quatrième espace intercostal, on sent son bord libre juste au-dessous des fausses côtes, pouls à 108, température normale.

La malade sort complètement guérie.

23 juin. — Elle revient se montrer à la consultation gratuite. Elle dit aller très bien, elle n'a pas revomi depuis son opération, elle n'a plus de douleurs, elle peut travailler sans difficulté.

Sous la face inférieure du foie on retrouve la tumeur kystique qui simule absolument un rein prolabé atteint d'hydronéphrose. Cette région est un peu douloureuse à la pression. Le long et au-dessus du côlon on sent une traînée transversale qui doit correspondre aux moignons des pédicules épiploïques.

15 octobre. — La malade est revue pour la dernière fois. Elle va très bien, a pris de l'embonpoint et n'a vomi qu'une seule fois depuis sa dernière visite.

L'induration épigastrique observée le 23 juin, reconnaissait bien pour cause l'épaississement des pédicules épiploïques, car elle a disparu.

Fait très curieux et inattendu, la masse sous-hépatique du flanc droit a beaucoup diminué et un observateur non prévenu ne remarquerait certainement rien à ce niveau. On a seulement une sensation vague de moindre souplesse que normalement : il y a une répression certaine de cette masse.

Le palper abdominal ne révèle aucune récidive.

OBSERVATION II.

Kystes hydatiques de l'épiploon et au bassin. — (Recueillie dans le service de M. le professeur Poncet par M. Rivière, interne des hôpitaux.)

D..., âgée de vingt-quatre ans, native de Batna (Algérie), habitant actuellement le département de Saône-et-Loire, entre le 5 décembre 1891 dans le service de M. le professeur Poncet, pour des tumeurs douloureuses de l'abdomen.

Son père et sa mère sont morts; elle a quatre sœurs bien portantes, mais un frère mort tuberculeux.

Mariée, à seize ans, elle eut au début deux avortements au troisième mois pendant lesquels elle eut des pertes abondantes. Elle a ses enfants actuellement bien portants; son dernier accouchement remonte à mars 1889. Les grossesses et leurs suites furent normales sans pertes, ni dystocie.

Son mari, âgé de vingt-six ans, se porte bien.

Elle a habité l'Algérie jusqu'en mars 1885.

Dans son enfance elle accuse la rougeole, une adénite aiguë suppurée vers l'âge de huit ans, des accès d'impaludisme ayant duré deux ans vers l'âge de dix ans, ces accès n'ont jamais reparu depuis cette époque.

L'affection pour laquelle D..., entre à l'hôpital a débuté, il y a

environ quatre mois, par des douleurs lombaires en ceinture « qui coupaient les reins de la malade ». Ces douleurs exacerbées au moment des règles laissaient cependant des rémissions assez longues pendant lesquelles la malade ne s'apercevait que d'un peu de lourdeur dans le bas ventre. L'abdomen était en outre sensible à la pression et la malade y ressentait une sorte de brûlure. Elle dit aussi qu'elle était sujette à des coliques légères dont elle ne peut préciser le caractère.

D... n'a jamais eu de pertes hémorragiques en dehors de ses règles qui elles-mêmes duraient cinq jours et n'étaient pas très abondantes. Elle avait cependant un peu de leucorrhée ne tachant pas le linge, leucorrhée dont elle souffrait déjà étant jeune fille.

Cette affection n'a amené aucun retentissement sur l'état général : pas de trouble des fonctions gastro-intestinales, ni du système nerveux, pas de phénomène de compression des organes abdominaux, cependant un peu de pollakiurie.

L'abdomen ne paraît pas augmenté de volume, pas d'ascite.

A la palpation de l'abdomen on sent en avant dans la région hypogastrique une tumeur assez volumineuse, dure et sensible à la pression.

Au toucher, l'utérus paraît volumineux ; on sent des noyaux indurés dans presque tout le pourtour utérin ; en avant, masse volumineuse et particulièrement dure ; dans le cul-de-sac droit, masse moins volumineuse et moins indurée ; en arrière dans le cul-de-sac postérieur, masse volumineuse donnant une sensation de fausse induration, presque de rénitence qui fait penser à la présence de cibles malgré l'absence de constipation. Il est impossible de voir par la mobilisation de la tumeur antérieure si elle fait corps avec l'utérus.

M. le professeur Léon Tripier qui avait vu la malade avant M. le professeur Poncet avait porté le diagnostic de fibromes utérins et conclu à une castration. L'avis de M. Poncet fut identique.

Le 21 décembre, la malade est, après toilette soigneuse, couchée sur le lit de Trendelenbourg dans la position déclive. La laparotomie pratiquée, on constate : 1° une tumeur du volume du poing, dure, très mobile, développée dans l'épaisseur de l'épiploon ; 2° une

tumeur du volume d'une noisette au-dessus de la vessie; 3° une tumeur remplissant tout le petit bassin extrêmement adhérente. Les annexes de chaque côté paraissant malades, on en pratique l'ablation, puis on passe à celle des deux premières tumeurs qui est assez facile. Mais il est impossible de décortiquer la troisième, on en est réduit à la ponctionner, ponction au cours de laquelle une certaine quantité de liquide tombe dans le péritoine. Nettoyage, curetage de la poche renfermant de nombreuses hydatides jeunes et en voie de régression. Impossibilité d'enlever cette poche qui remplit tout le cul-de-sac de Douglas et alors qu'il n'est plus possible de reconnaître ce qui appartient au péritoine et à la paroi du kyste qui paraît en quelque sorte situé dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

L'exploration par la plaie péritonéale du foie, de la rate, n'a pas décelé la présence d'autres kystes.

Tamponnement de la poche avec la gaze iodoformée. Drainage de Mikulicz. Drainage complémentaire de la poche par le vagin.

La malade meurt le 2 janvier, douze jours après l'opération. On constate à l'autopsie des signes de péritonite et l'existence d'une autre tumeur sous-péritonéale du volume d'une mandarine.

OBSERVATION III

Laparotomie pour kystes hydatiques de l'épiploon. — (Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Jaboulay).

Laurence M..., âgée de quarante-trois ans, couturière, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, le 30 juillet 1890.

Père mort de pneumonie; mère vivante mais infirme; une sœur morte à dix-huit ans de méningite aiguë; mari alcoolique et mort de tuberculose.

A seize ans, la malade a eu les fièvres palustres. Mariée, elle a eu une première fois un avortement au quatrième mois, une seconde fois un accouchement normal, mais son enfant n'a vécu que sept mois.

A dater de cette époque qui remonte à environ une quinzaine d'années, la malade commença à souffrir du ventre. Il y a huit ans, elle s'aperçut de la présence dans la fosse iliaque gauche d'une tumeur du volume d'une noix très mobile et douloureuse. Un médecin consulté posa le diagnostic de kyste... et conseilla à la malade de venir à Lyon pour se faire opérer. Elle ne suivit point ce conseil et bientôt elle sentit plusieurs tumeurs analogues à la pression mais disséminées dans tout l'abdomen; leur volume était très variable, mais il y en avait deux beaucoup plus grosses que les autres. Elle se traita alors par l'iodure de potassium à haute dose, mais elle souffrait toujours beaucoup, les douleurs partaient du flanc droit et s'irradiaient dans tout l'abdomen et du côté des reins. Ces douleurs se calmèrent un peu au cours de l'hiver dernier, la malade ayant eu son attention attirée du côté du poumon par des symptômes de tuberculose qui l'obligèrent à faire un séjour à l'hôpital de Belley. Mais ces derniers temps les douleurs étant revenues plus intenses que jamais, elle s'est décidée à entrer à l'Hôtel-Dieu.

Le ventre a un aspect bosselé; la paroi abdominale est très mobile sur les parties profondes. A la percussion, on reconnaît que la matité hépatique remonte jusqu'au mamelon et descend assez bas, occupant verticalement à peu près onze travers de doigt. Au-dessous, se trouve une zone de sonorité, mais si l'on continue de descendre, la matité recommence et s'étend à la plus grande partie du flanc droit et à toute la portion de l'abdomen située au-dessous de l'ombilic. A la palpation, on sent des masses dures, rénitentes, irrégulières, mobiles à des degrés différents, mais conservant entre elles une certaine dépendance. La pression est douloureuse, pas de fluctuation.

Au niveau de l'ombilic, on sent le fréuissement hydatique et la malade dit entendre elle-même à la suite de certains mouvements le bruit que font des bulles en éclatant.

Le toucher vaginal révèle les particularités suivantes : le col est situé profondément en bas et en arrière; l'utérus est fixé en antéflexion; les tumeurs bombent dans les culs-de-sac, les mouvements qu'on leur imprime à travers la paroi abdominale ne se commu-

niquent pas à l'utérus. La malade a toujours eu des pertes blanches, mais depuis deux mois elles sont purulentes, verdâtres et fétides.

Elle urine difficilement et peu, la miction est parfois douloureuse.

Depuis le commencement de son affection, la malade se plaint de vomissements bilieux ou pituiteux, mais jamais alimentaires, survenant surtout le matin. Elle éprouve, en outre, sous l'influence du moindre effort de violentes douleurs dans l'abdomen. Constipation habituelle.

Au mois de novembre 1889, la malade a rejeté à plusieurs reprises par l'anus des membranes claires et des vésicules, celles-ci avaient le volume d'un petit œuf et contenaient un liquide analogue à du blanc d'œuf. Une fois elle a rejeté du liquide séro-sanguinolent.

Enfin, si on la fait mettre sur le ventre, on trouve au niveau de la masse sacro-lombaire droite, au-dessous des fausses côtes et près de la colonne vertébrale une collection fluctuante simulant un abcès par congestion.

Amaigrissement considérable, pâleur très marquée, traits légèrement tirés, respiration difficile, essoufflement rapide, œdème péri-malléolaire intermittent.

4 août. — La laparotomie est pratiquée par M. Jaboulay. On tombe sur un épiploon fascié de kystes hydatiques. De nombreuses ligatures sont appliquées au-dessus des tumeurs, après quoi des grappes de vésicules-mères entourées d'une membrane résistante sont enlevées. Elles tiennent à de grosses masses kystiques du petit bassin qui elles-mêmes adhèrent à la vessie en avant. Celle-ci se présentait à la partie inférieure de l'incision et n'avait pu être séparée du péritoine. La sonde urétrale ne pénétrait que peu et n'entrait pas dans le diverticule vésical principal qui était fortement attiré en haut et en avant par les vésicules.

Une vésicule entoure le sommet de la vessie et tient à celles qui tapissent tout le petit bassin et qu'il est impossible d'enlever totalement. M. Jaboulay perfore la première et lorsque sa main est dedans, il crée des trous qui mènent dans les vésicules postérieures. Un autre se trouve tout à fait contre le rectum, il la crève et du

pus vient. Il est probable que c'était celle qui s'était vidée autrefois par l'intestin.

D'autres masses restent en haut du côté du foie.

Suture étagée de la partie supérieure de l'incision qui est allée jusqu'à l'ombilic et suture à la paroi au-dessus du pubis de l'orifice de la poche pelvienne ouverte. Drainage avec la gaze.

Une blessure faite à la vessie en excisant la partie inférieure de la grappe qui tenait à la masse pelvienne est suturée. Sonde à demeure dans la vessie.

9 août. — Incision du kyste de la masse sacro-lombaire droite: issue d'une quantité considérable d'hydatides.

26 août. — Etat général satisfaisant. Appétit faible cependant. Défécation tous les deux jours. Œdème du pied gauche. La vessie par son ancienne blessure laisse couler de l'urine.

Mort le 13 septembre.

Autopsie. — Il reste un gros kyste du foie et une quantité de petits kystes dispersés dans les anses intestinales.

Les kystes du petit bassin qui avaient été suturés extra-péritonialement sont supprimés.

OBSERVATION IV

Hydatides de l'épiploon et de l'excavation pelvienne, ablation au septième mois de la grossesse; guérison, par Knowsley Thornton (*Med. Times and Gaz.*, 1878).

Il y a trois ans, la malade, qui est âgée maintenant de trente-deux ans, consultait pour une pesanteur abdominale avec augmentation de volume du côté droit du ventre. On crut à un corps fibreux utérin.

Depuis cette époque les symptômes locaux n'ont fait que s'accroître; en même temps apparaissait une cachexie générale. Depuis cinq mois que la malade est enceinte, la maladie n'a cessé de s'aggraver rapidement.

Dans l'abdomen et à gauche, large tumeur globuleuse formée

par l'utérus gravide (on sent les mouvements du fœtus, on entend battre le cœur). A droite et un peu en avant de lui, plusieurs tumeurs sphériques mobiles sur l'utérus, mobiles les unes sur les autres. Une de ces tumeurs siège immédiatement au-dessus des pubis et donne une vague sensation de fluctuation. Le bassin est rempli par un amas de petits corps ronds qui semblent ne tenir ni à l'utérus, ni aux tumeurs intra-abdominales. Un peu à droite de la masse principale pelvienne et parfaitement distincte d'elle est une petite tumeur élastique, du volume d'une noix, qui paraît fixée au sacrum. Le col utérin est normal ainsi que la cavité vaginale.

Malgré l'incertitude du diagnostic on se décida à l'opération. L'incision, faite comme pour l'ovariotomie, amena tout d'abord sur une poche purulente adhérente aux parois abdominales. Après l'avoir vidée et excisée on reconnut que les diverses tumeurs étaient formées par des kystes hydatiques disséminés dans les cavités abdominale et pelvienne. Les uns occupent l'épiploon et sont enlevés avec une partie de celui-ci; d'autres se détachent par un pédicule de la région vésicale et sont extraits après ligature de leur insertion. Toutefois on dut laisser le kyste isolé adhérent au sacrum et quelques-uns des kystes siégeant à droite dans l'abdomen. L'opérée guérit complètement.

OBSERVATION V

Spencer Wells (*Die Krankheiten der ovarien. Uebers. von Grenser*, 1874, S. 114).

Spencer Wells enleva par la laparotomie (1870) trois ou quatre livres d'échinocoques de la grosseur d'un pois à celle d'une pomme et qui se trouvaient en grande partie dans l'épiploon et le mésentère, alors qu'il croyait avoir affaire à une tumeur ovarienne multiloculaire et nettement fluctuante. La principale particularité dans ce cas, c'était la présence de nombreux nodules durs qui semblaient dispersés çà et là en différents points de la paroi abdominale et qui auraient pu en imposer pour des noyaux secondaires

d'un cancer de l'épiploon si la maladie n'avait pas duré déjà depuis douze ans sans entraîner de troubles notables dans l'état général. Le diagnostic fut nettement fixé par la ponction exploratrice, attendu que, dans le liquide clair qui fut retiré, se trouvèrent des vésicules très nettes. Plus tard, on trouva également des crochets.

La laparotomie pratiquée, certains kystes sont enlevés par ligature du pédicule, d'autres pour qui c'était plus difficile sont ponctionnés et les sacs ainsi vidés sont réduits dans l'abdomen.

La malade guérit complètement.

OBSERVATION VI

A. Rings (*Ein Fall von multiplen Echinokokken in der Bauchhöhle*. Inaug. Diss., Bonn, 1880).

Rings, dans sa thèse, publie un cas d'échinocoques multiples de la cavité abdominale pour lequel on avait fait le diagnostic probable avant l'opération. On ne réussit pas à enlever complètement les tumeurs. La mort survint par embolie cérébrale et l'autopsie montra que, de tous les organes de l'abdomen, l'épiploon seul avait été envahi par les échinocoques.

OBSERVATION VII

Kystes hydat. multiples au grand épiploon et du bassin, laparotomie, guérison par Bouilly (Bull. Soc. chir., 1887).

Femme de trente ans ayant éliminé par les bronches un kyste hydatique et portant une tumeur abdominale dont la ponction avait fourni du liquide eau de roche contenant des crochets. Bouilly constate une tumeur sous-ombilicale médiane composée d'une foule de tumeurs grosses comme des œufs de dinde ou de poule, plus ou moins fixes, s'étendant jusque dans les fosses iliaques et descendant derrière le pubis. Pas d'ascite; pas de frémissement

hydatique. Une série de bosselures analogues remplissent le cul-de-sac postérieur du vagin et une partie des culs-de-sac latéraux.

Laparotomie médiane le 5 juillet : les kystes siègent dans le grand épiploon ; une série de huit à dix sont pédiculisés et sortis du ventre, quelques-uns se rompent dans le péritoine qui est aussitôt lavé à l'eau bouillie. Toute la masse épiploïque pédiculisée et portant des kystes comme de gros fruits dans un filet est réséquée avec des ciseaux. D'autres kystes étaient adhérents au bord concave de l'intestin grêle. Dans une seconde partie de l'opération, les kystes situés dans le petit bassin et derrière l'utérus sont un à un énucléés avec les doigts. Grand lavage à l'eau bouillie. Pansement. Le tout a duré une heure dix. Pas de drainage de l'abdomen. Aucun incident. Le 12 juillet, ablation des fils. Le ventre est souple et indolent.

L'ovaire gauche paraît notablement atrophié.

Aucune trace d'hydatides dans le reste du corps.

OBSERVATION VIII

Kyste à échinocoques de la cavité abdominale par Dohrn. —
Laparotomie. — Guérison (*Centr. für Gynæk.*, n° 8, février 1886).

Femme de vingt-six ans ayant eu deux enfants, le dernier un an auparavant. Jusqu'au second accouchement, les règles duraient quatre jours ; à partir de ce moment, elles se prolongent pendant huit jours. Il y a cinq mois, elle s'est aperçue qu'elle avait à gauche, dans le ventre, une tumeur qui, depuis cette époque, augmente rapidement de volume et s'accompagne de malaises et de douleurs de plus en plus accusés.

On constate, à l'examen, une tumeur située à côté d'un certain nombre d'autres masses, mobiles et de différentes grosseurs. La plus grosse a le volume d'une tête d'enfant. Les intestins sont fortement refoulés vers la droite, pas de sensibilité à la pression, on ne perçoit pas le frémissement hydatique, les tumeurs paraissent solides, sauf la plus volumineuse qui paraît fluctuante.

Il en existe une autre de la grosseur d'une pomme dans le cul-de-sac de Douglas. L'utérus, attiré en avant, est assez facilement mobilisable. La cavité mesurée avec l'hystéromètre paraît avoir les dimensions normales.

Diagnostic : fibromes multiples sous péritonéaux, liés à l'utérus par un mince pédicule. L'extirpation est résolue.

L'incision abdominale faite, apparaît au niveau de la plaie une poche à échinocoques recouverte par le péritoine. Elle est enlevée après destruction des connexions qu'elle avait contractées et ligature des vaisseaux afférents. On en enlève successivement six qui, toutes, présentaient des adhérences avec l'épiploon. Les organes pelviens étant devenus apparents, on aperçoit deux autres poches ; l'une au niveau du fond de la matrice, l'autre dans les franges de la trompe gauche, tout près de l'ovaire de ce côté. On les extirpe, ainsi que la poche, plus volumineuse, qui occupe le cul-de-sac de Douglas.

L'examen microscopique permet de reconnaître les caractères habituels aux tumeurs à échinocoques. Guérison sans incidents.

OBSERVATION IX

Kystes hydatiques de l'ovaire par Dumont (*Bull. de la Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux*, 25 avril 1882).

M. Dumont présente une masse colossale de kystes hydatiques provenant de l'autopsie d'une femme morte dernièrement dans le service de M. Dudon à l'âge de trente-neuf ans. La malade depuis quatre ou cinq ans avait remarqué le développement d'une tumeur dans son hypocondre droit. Progressivement, sans douleurs vives, toute la cavité abdominale était envahie et le ventre présentait un volume considérable. On diagnostiqua un kyste de l'ovaire et l'on entreprit l'ovariotomie. A l'incision abdominale, une quantité innombrable de petits kystes jaillit entre les mains de l'opérateur. C'étaient des kystes hydatiques occupant l'abdomen tout entier et semblant développés surtout aux dépens de l'épiploon. Ils englo-

baient l'utérus, les ligaments larges et la naissance du vagin dans une masse informe où l'on ne distinguait ni les ovaires, ni les trompes. Le diaphragme était à peu près détruit; le cœur refoulé à gauche par des kystes abondamment développés dans la plèvre droite et le médiastin.

La malade très affaiblie succombe peu après l'opération.

OBSERVATION X

Kystes hydatiques multiples de l'épiploon. — *Laparotomie* par M. le D^r Tillaux, à l'Hôtel-Dieu. — (Thèse d'Albert, Paris, 1887.)

Femme âgée de cinquante-trois ans, a vu son ventre augmenter de volume depuis quatre ans. Cette tumeur abdominale est volumineuse, inégale, irrégulière. M. le D^r Tillaux pose facilement le diagnostic de kyste hydatique de la cavité abdominale. Il constate en effet un frémissement hydatique très net, mais dans une étendue assez restreinte au niveau de l'ombilic.

Depuis longtemps déjà la malade était gênée pour marcher, elle était amaigrie, anémiée, jaune comme un coing. Aussi, M. Tillaux pensa qu'il y avait lieu d'intervenir.

Opération le 30 juin. L'incision sur la ligne médiane découvre une tumeur adhérente, fusionnée avec le péritoine. On agrandit l'incision au-dessus de l'ombilic. Dans les efforts faits pour détacher ces adhérences, la poche se rompt, et il en sort sans liquide des hydatides claires ou flétries. Cette poche était fort grande et on put en extirper avec la main une grande quantité d'hydatides.

M. Tillaux trouve alors une grappe de kystes hydatiques occupant tout le grand épiploon. Cette grappe bridée par les feuillets du grand épiploon adhère en arrière à l'intestin. Elle est difficile à énucléer, plusieurs poches s'ouvrent et donnent lieu à un écoulement de liquide blanc mélangé d'hydatides du volume d'un œuf de poule ou de pigeon.

Cet amas de tumeurs plongeait dans le petit bassin et y adhérait.

Une partie était adhérente à la vessie. M. Tillaux s'était déjà préoccupé de l'état de la vessie et avait pratiqué le cathétérisme avant de commencer l'opération. Il fit le cathétérisme une deuxième fois, la cavité abdominale étant ouverte. Le bec de la sonde resta au-dessous du pubis, et l'on n'obtint aucun liquide pendant cette exploration.

M. Tillaux se croyait en sûreté de ce côté ; mais la vessie avait probablement pris la forme d'un sablier, et la sonde n'avait sans doute pas pu pénétrer à travers le rétrécissement dans la partie supérieure de la vessie. Celle-ci fut rompue en cherchant à arracher une poche qui lui était adhérente.

D'autres poches occupaient le ligament large à droite et la corne de l'utérus du même côté, néanmoins elles provenaient du grand épiploon.

La cavité abdominale étant libre, on put voir la face inférieure du foie et la vésicule biliaire absolument nettes.

L'énucléation fut pénible et dura une grande heure. L'opération dura en tout une heure trois quarts.

Des lavages à l'eau bouillie permirent de retirer des caillots et des hydatides des culs-de-sac ; la vessie fut suturée au catgut, et la paroi refermée avec des sutures à la soie.

La malade était très affaiblie ; on lui fit deux injections d'éther.

Le troisième jour, le pouls était fréquent, il n'y avait pas de douleur, pas de vomissement ; mais la malade est anéantie, son ventre est tympanisé.

Examen des pièces. — Il y avait d'abord une énorme grappe constituée par une agglomération de tumeurs dont la principale était grosse comme une tête d'adulte. La deuxième partie plongeait dans le petit bassin. Elle était composée de trois masses principales et de masses plus petites très fluctuantes et présentant le frémissement hydatique.

Il y avait près de la vessie un kyste enflammé.

OBSERVATION XI

Kystes hydatiques dans le foie, la rate, le grand épiploon et le tissu cellulaire pelvien, par Freund et Chadwick (*American Journal of obstetrics*, 1874-75).

Mlle J..., vingt-deux ans. Réglée à quinze ans; depuis règles toujours régulières. Mauvaise santé depuis trois ans. L'abdomen a augmenté de volume graduellement dans sa partie supérieure et médiane. Les dernières règles ont été plus abondantes, accompagnées de besoins plus fréquents d'uriner. La malade est très amaigrie, la partie gauche du thorax est un peu distendue; le cœur est repoussé en haut et à droite; la pointe bat dans le second espace intercostal. Au-dessous du cœur se trouve la rate très agrandie et s'étendant en bas jusqu'au rebord des côtes. Le foie s'étend de la quatrième côte, à deux pouces au-dessous du thorax. L'utérus est repoussé en bas vers le pubis. A la percussion, on peut déceler une partie de l'estomac qui émerge au-dessous de la rate. On peut reconnaître la présence du côlon ascendant, transverse et descendant, entourant une tumeur dont la surface est hérissée de petites masses arrondies. La tumeur atteint la symphyse du pubis et donne à la percussion la sensation la plus parfaite de frémissement hydatique. Le vagin est très comprimé, et l'utérus est fixé contre le pubis par une tumeur élastique qui émerge du côté droit du petit bassin et se dirige vers la ligne médiane. Le rectum est complètement refoulé à droite et légèrement comprimé, cependant la défécation n'est pas gênée.

La ponction de la tumeur par le vagin a révélé tous les caractères des kystes hydatiques. Après son évacuation, on pouvait encore sentir de petites tumeurs rondes derrière l'utérus. Le kyste ponctionné, et ceux qui restent encore dans le bassin sont sans aucune méprise possible situés dans le tissu cellulaire pelvien extra-péritonéal; nous pouvons vraisemblablement affirmer que les hydatides composant la tumeur sont dans l'épiploon et également extra-péritonéales.

OBSERVATION XII

Kystes hydatiques du foie, de la rate, du grand épiploon, et probablement de l'ovaire droit, par Freund et Chadwick (American Journal of obstetrics, 1874-75).

Mai 1868. — M^{me} K..., vingt-cinq ans, réglée à quinze ans, mère d'un enfant. Depuis six mois, l'abdomen a augmenté de volume du côté droit. Menstruations régulières. Depuis les six dernières semaines, l'accroissement de la tumeur a été rapide et accompagné de violentes douleurs abdominales, de fièvre, de soif intense et de prostration. Le cœur est déplacé comme dans le cas précédent, mais la rate est encore plus grosse et déborde de deux pouces le rebord des côtes. Le foie s'étend de la troisième côte jusqu'à trois pouces au-dessous du rebord des côtes, c'est surtout le lobe gauche qui est augmenté de volume. Il forme une tumeur proéminente qui présente le frémissement hydatique. L'appendice xiphoïde est projeté en avant. Ici aussi le côlon circonscrit une masse de kystes hydatiques enfermés dans l'épiploon et possédant également le frémissement hydatique. Cette tumeur est séparée de la symphyse des pubis par des anses intestinales. L'utérus peut être facilement saisi à deux mains et est en antéversion. Obliquement et en arrière de lui se trouve une petite tumeur kystique ressemblant sous tous les rapports à un kyste de l'ovaire. Dans le but de soulager la dyspnée, le kyste du lobe gauche du foie fut ponctionné avec un trocart trois fois à trois semaines d'intervalle. Il s'en écoula le contenu ordinaire d'un kyste hydatique. La dernière fois, le liquide était purulent et la cavité ne s'est pas remplie depuis. La tumeur de l'épiploon fut traitée de la même façon, mais ne fut pas vidée complètement. La femme se trouva si bien qu'elle refusa toute intervention ultérieure.

OBSERVATION XIII

Kystes hydatiques du foie et de l'épiploon (Bull. de la Soc. anat., décembre 1881).

M. Aimé Guinard, interne des hôpitaux, lit l'observation d'une femme qui, entrée dans le service de M. Verneuil pour une coxalgie, fut en même temps trouvée porteur de trois kystes hydatiques placés, l'un au niveau du foie et les deux autres dans les fosses iliaques. Ces trois kystes furent ponctionnés, l'un guérit, l'autre était en bonne voie de guérison, quant au troisième, il communiquait avec l'intestin par une poche purulente et la malade mourut d'épuisement. L'autopsie démontra que ces trois kystes appartenaient au foie qui était descendu jusque dans les fosses iliaques. En outre, après avoir enlevé le foie, on s'aperçut que le grand épiploon était retenu dans le petit bassin par trois kystes appendus à son extrémité inférieure. Un autre kyste hydatique de la grosseur d'une noix était développé dans le ligament large du côté gauche.

OBSERVATION XIV

*Kystes hydatiques de l'excavation pelvienne et de l'épiploon.
Ponction. Supuration. Incision. Mort. Par Potocki,
interne des hôpitaux (Bull. Soc. anat., avril 1886.)*

C..., Félicie, ménagère, âgée de vingt-huit ans, entre le 24 juin 1885, dans le service de M. Siredey. Réglée pour la première fois à l'âge de seize ans, l'établissement de la menstruation a été très douloureux, toutefois les règles sont revenues bien régulièrement tous les mois jusqu'à vingt et un ans. De vingt et un à vingt-cinq ans elles se suppriment tout à fait, sans que la malade en puisse dire le motif; à partir de vingt-cinq elles reparaissent, mais très irrégulièrement. Ni enfant à terme, ni fausse couche.

La malade entre une première fois en 1883, dans le service de M. Siredey pour des accidents abdominaux qu'on rattache à une pelvi-péritonite dont on ne peut déterminer la cause.

Quelques mois après, elle est reçue dans le service de M. Gallard pour une nouvelle poussée de péritonite; on diagnostique un corps fibreux de l'utérus.

En 1884, troisième poussée de péritonite. C... est admise de nouveau à Lariboisière. M. Siredey pense comme M. Gallard à un corps fibreux de l'utérus et lui rattache les poussées de péritonite présentées par la malade. Au bout de neuf mois, la malade se trouve suffisamment remise, retourne chez elle. A ce moment (avril 1885), la tumeur présente à peu près le même volume qu'aujourd'hui. Mais, après avoir repris son travail pendant quelques semaines, C... est tout d'un coup atteinte d'une quatrième poussée de péritonite et revient à l'hôpital le 24 juin 1885. M. Siredey constate de nouveau la présence d'une tumeur dure, volumineuse, mais croyant y reconnaître des parties liquides, il penche pour le diagnostic de tumeur fibro-kystique de l'utérus. M. le professeur Duplay confirme ce diagnostic. A la fin de l'année, cinquième poussée de péritonite.

Au commencement de février 1886, la malade est maigre, chétive. Le soir, les membres inférieurs sont oedématiés au niveau des malléoles. La miction est fréquente, toutes les heures. Les règles qui depuis trois ans étaient très irrégulières sont supprimées depuis le mois de novembre, il n'y a jamais eu ni ménorragie, ni métrorragie. Le ventre est justement bombé à la partie inférieure, immédiatement au-dessous de l'ombilic. On sent là, sur la ligne médiane, une tumeur dure, fibreuse, non bosselée à sa surface. En outre, on sent à gauche une petite tumeur grosse comme un œuf de poule qu'on peut faire glisser au-devant de la tumeur médiane jusqu'à son bord droit et qui revient d'elle-même à gauche aussitôt qu'on la lâche, il existe aussi à droite une petite saillie légèrement dure et qu'on croit être un petit fibrome presque sessile. Par le toucher vaginal, on sent le col appliqué immédiatement derrière le pubis; quant au cul-de-sac postérieur, il est occupé par une tumeur arrondie, lisse, régulière, dure.

Le 20 mars, après lavage du vagin au sublimé à 1/2000, M. Siredey ponctionne la tumeur dans le cul-de-sac postérieur et avec l'appareil Potain il aspire 1700 grammes d'un liquide a peu près incolore et renfermant une grande quantité d'échinocoques entiers et de crochets détachés. Après la ponction, la tumeur du cul-de-sac postérieur a disparu, le col est revenu au centre du bassin. Mais deux jours après, la malade est prise de frissons, de fièvre, de vomissements, le vagin est rempli par une tumeur qui bombe dans le cul-de-sac postérieur et descend très bas. Malgré l'état désespéré de la malade, M. Siredey sectionne cette tumeur à un centimètre en arrière du col dans sa partie la plus saillante; il s'écoule une quantité considérable de membranes blanchâtres, feuilletées, puis un liquide purulent répandant une odeur infecte. La malade succombe le lendemain à 9 heures.

Autopsie. — A l'ouverture du ventre, on voit tout d'abord le grand épiploon sur lequel sont implantés trois kystes : un au-dessous du bord tranchant du foie, un en son milieu, un troisième à son extrémité inférieure, c'est ce dernier qui fermait la tumeur mobile qu'on sentait pendant la vie. La face profonde du grand épiploon est en outre semée d'un grand nombre de petits kystes hydatiques du volume d'un grain de chènevis à celui d'une lentille. Comme reliquat des nombreuses poussées de péritonite, on voit qu'outre de vieilles brides, unissant entre eux tous les organes abdominaux, ceux-ci sont recouverts d'un exsudat grisâtre, peu épais qui en dépolit la surface.

L'intestin enlevé, la tumeur apparaît formant une masse irrégulière, volumineuse sur la face inférieure de laquelle se détache le fond de l'utérus. Il sépare la tumeur en deux parties, une gauche et une droite. La gauche a le volume d'une tête d'enfant, la trompe et le ligament rond peuvent en être décollés, mais l'ovaire en fait intégralement partie, de sorte qu'on peut dire que le kyste hydatique est développé dans l'aileron postérieur du ligament large et aux dépens de l'ovaire. Il s'en écoule à l'ouverture un liquide purulent répandant une odeur infecte de putréfaction. On voit à sa partie inférieure la boutonnière qui avait été pratiquée pendant la vie par le cul-de-sac postérieur. La partie droite a l'apparence

d'une grappe composée de quatre kystes, sur la paroi antéro-externe du plus antérieur se trouve l'ovaire qu'on détache facilement sans déchirure.

La cavité de l'utérus mesure 10^{cm},5.

Les reins sont atrophiés surtout le gauche qui ne pèse que 30 grammes. Leur surface est blanche. Suppuration des sommets des pyramides. Inflammation de la muqueuse, des bassinets et calices.

OBSERVATION XV

Kystes hydatiques de l'épiploon Guerbois et Pinault (*Bull. Soc. anat.*, 1826.)

Merlin, cordonnier, âgé de trente-cinq ans, ayant joui d'une bonne santé jusqu'en août 1824 fut pris à cette époque d'une douleur du côté droit avec toux, dyspnée, etc., dont il ne guérit pas complètement. En octobre 1825, il entra à l'hôpital Cochin.

Sous les cartilages des côtes asternales droites existait une tumeur plus volumineuse que le poing, indolente, fluctuante, acuminée; la peau qui répond au sommet est d'un rouge livide et paraît prête à se rompre. Le ventre est très volumineux, très dur et peu sensible à la pression; le foie se prolongeait au-dessous des fausses côtes. Les fonctions digestives sont régulières, amaigrissement, pâleur; point d'infiltration. On applique des cataplasmes émollients, et deux jours après M. Guerbois ouvre la tumeur; il s'échappe aussitôt un liquide séro-purulent et des hydatides..., une mèche est introduite dans la plaie et, à chaque pansement qui se renouvelle tous les jours, on trouve des hydatides dans les pièces de l'appareil... Au bout de cinq jours, la matité, l'égophonie et d'autres signes firent reconnaître l'existence d'un épanchement dans la plèvre droite. Le lendemain le malade mourut.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, on trouva un foie très volumineux remplissant tout l'hypocondre droit, l'épigastre et l'hypocondre gauche, les épiploons parsemés de kystes qui s'éten-

daient jusque dans le bassin. La face convexe du foie adhérait intimement au diaphragme et aux parois abdominales des côtes sternales droites. L'incision faite à la tumeur conduisait dans une vaste poche creusée dans l'épaisseur du foie. Ces premières observations faites, le foie, les épiploons furent détachés avec précaution et présentés intacts à la Société anatomique; nous vîmes quatre kystes hépatiques dont deux gros comme un œuf de dinde; le plus considérable, celui dans lequel on avait pénétré, avait le volume d'une tête de fœtus; le quatrième avait le tiers du volume du précédent. L'épiploon gastro-hépatique, le grand épiploon contenaient dans leur épaisseur plus de cinquante kystes hydatiques dont le volume variait depuis celui d'une noix jusqu'à celui de deux poings, et qui formaient une sorte de chapelet étendu de la face concave du foie dans le petit bassin où l'on voyait un grand kyste remplissant la cavité pelvienne, situé entre le rectum et la vessie.

OBSERVATION XVI

Kystes hydatiques de l'épiploon et du bassin par Krause (Berlin, klin. Woch., 2 sept. 1889.)

Homme de trente-six ans, qui avait subi deux ans auparavant la ponction d'un kyste hydatique du foie. Six mois plus tard, le ventre commençait à grossir et, lorsque Krause l'opéra, l'abdomen, spécialement dans sa moitié droite, était rempli de petites tumeurs en partie fluctuantes dont les dimensions oscillaient entre un œuf de pigeon et une orange.

Attenant au bord inférieur du foie, on sentait une tumeur ayant le volume d'une tête d'enfant : enfin le toucher rectal révélait la présence de quelques petits kystes dans la moitié droite du grand bassin.

L'opération, qui fut très laborieuse, montra que toutes ces tumeurs étaient enveloppées d'une capsule de tissu conjonctif. En ne tenant compte que de celles qui étaient grosses au moins comme une noisette, on en enleva 95.

La minorité de ces kystes se trouvait accolée au péritoine pariétal, d'autres en plus grand nombre étaient dans le grand épiploon et le mésentère. Enfin, quelques-uns s'inséraient sur l'intestin ou pénétraient même dans sa tunique séreuse. Plusieurs étaient juxtaposés de façon à former à droite de l'ombilic une tumeur ovulaire intimement adhérente à la masse intestinale, à l'épiploon et au mésentère.

A gauche de l'ombilic, il y avait encore quinze ou vingt kystes minuscules; mais l'opération ayant déjà duré deux heures et demie, F. Krause considérant l'état d'épuisement du malade, décida de s'en tenir là. La rupture de ces adhérences kystiques s'étant accompagnée d'issue du liquide hydatique dans la cavité abdominale, avant de terminer l'opération, Krause attira au dehors toutes les anses intestinales pour les nettoyer une à une en même temps qu'il lavait la cavité péritonéale avec une solution boriquée. Guérison apyrétique.

OBSERVATION XVII

Kystes hydatiques multiples du foie et de l'épiploon (observation de M. le Dr Richard) *Gazette hebdomadaire*, 1880.

Un Arabe de trente-cinq ans environ entre à l'hôpital militaire de Philippeville le 24 janvier 1880; il est amaigri et très faible; il rapporte que son ventre a commencé à se gonfler depuis deux mois et que, depuis cinq jours, ce gonflement a augmenté beaucoup.

Il présente, en effet, un épanchement abdominal considérable, sans fièvre aucune, ni douleur; le pouls est à 70; chaque jour une selle dure et colorée; l'appétit est conservé; pas de vomissements. On fait une première ponction et il s'écoule 13 kg. 500 d'un liquide jaune présentant tous les caractères chimiques de la bile. Ce liquide s'étant reproduit rapidement, on fait une seconde ponction, puis une troisième. A la suite de celle-ci, les douleurs abdominales augmentent un peu, la dyspnée et la faiblesse vont en

croissant et le malade meurt un mois après son entrée à l'hôpital.

Autopsie. — A l'ouverture du péritoine il s'écoule 5 litres d'un liquide semblable à celui des ponctions. Adhérences péritonéales. Au-devant du paquet intestinal est établie une masse irrégulière, bosselée : c'est l'épiploon chargé de kystes hydatiques, extrêmement nombreux, dont une vingtaine au moins ont ou dépassent le volume d'un œuf de poule et dont le plus gros a les dimensions d'une orange. Le poids de l'épiploon avec les kystes est de 1950 grammes. Cette large nappe de tumeurs hydatiques, tenant les unes aux autres par la trame de l'épiploon, s'étend jusque dans l'intérieur du bassin où elle se fixe solidement à la partie supérieure de la vessie et dans le cul-de-sac vésico-rectal par des adhérences qu'on ne peut détruire qu'à l'aide du scalpel : un kyste gros comme une pomme est fixé dans le cul-de-sac même. Ces kystes ne sont pas simplement fixés sur l'épiploon par des fausses membranes, ils sont contenus dans son épaisseur ; de même il y en a un de la grosseur d'un œuf de poule qui est contenu entre les deux feuillets du mésocôlon descendant.

Nombreux kystes hydatiques dans le foie.

OBSERVATION XVIII

Kystes multiples de l'abdomen et du bassin (Bull. de la Soc. anat., janvier 1887).

M. Budor, interne des hôpitaux, rapporte l'observation d'une femme qui, en 1878, constata l'apparition d'une tumeur grosse comme un œuf de poule dans le flanc droit. Cette tumeur augmenta rapidement de volume et depuis un an et demi d'autres tumeurs sont apparues en divers points de l'abdomen.

D'assez vives douleurs décident cette femme à entrer à l'hôpital le 14 décembre 1886.

Le ventre est tendu. Du côté droit existe une tumeur saillante, bosselée, formée d'une masse principale et de plusieurs autres tumeurs plus petites paraissant adhérer les unes aux autres. Dans

toute l'étendue de cette masse, mais surtout au niveau de la tumeur principale, ou constate le frémissement hydatique. D'autres tumeurs moins volumineuses existent dans la partie gauche du ventre; le frémissement s'y retrouve également. Le foie, en avant, ne déborde les fausses côtes que d'un travers de doigt. Entre lui et la tumeur du côté droit existe une zone de sonorité qui doit faire admettre leur indépendance. Le toucher vaginal permet à peine l'introduction du doigt; il semble qu'on ait affaire à un rétrécissement du bassin.

A partir du 28 décembre, les douleurs augmentent, la malade est prise de symptômes urémiques et meurt.

A l'autopsie on trouve le grand épiploon farci de kystes hydatiques variant du volume d'une noix à celui d'un œuf de poule. Toute la cavité du bassin est remplie par un kyste énorme qui s'est moulé sur elle repoussant en avant la vessie, l'utérus complètement aplati et le rectum. Plusieurs autres poches, les unes libres, les autres adhérentes, existent en divers points. Les autres sont très dilatés et les reins réduits à de véritables poches kystiques.

Trois kystes hydatiques dans le foie.

OBSERVATION XIX (résumée)

Kystes hydatiques multiples du foie, de la rate, du rein, des épiploons et du petit bassin. — Obstruction intestinale. — Compression de la veine cave inférieure (Havage). — (Progrès médical de Paris, 1880).

La nommée S..., Catherine, âgée de quarante-huit ans, ménagère, entre le 27 octobre 1879 à l'hôpital Tenon, dans le service de M. Rendu.

Cette femme, jusque-là bien portante, a été prise vers 1875, à l'époque de la ménopause, d'une métrorragie qui n'a cédé qu'au bout d'un an. Puis, il y a six mois, elle a eu des phénomènes de péritonite, à la suite desquels le côté droit du ventre est devenu

dur, volumineux et douloureux, mais la malade ne peut pas préciser le point de départ exact de la tuméfaction. Par la palpation, on tombe sur une masse dure, irrégulière, bosselée, qui occupe le flanc et l'hypocondre droit jusqu'au voisinage du foie. Elle dépasse à peine la ligne médiane et n'empiète que très peu sur le flanc gauche. A côté de cette masse principale, il semble qu'il y en ait d'autres plus petites et isolées. Le foie ne paraît pas augmenté de volume, il est séparé de la limite supérieure de la tumeur abdominale par une zone très nette de sonorité. La rate semble avoir son volume normal. Au toucher vaginal, on trouve le col immobile et enclavé. Résistance dans les culs-de-sac, mais pas de tumeur appréciable. Deux jours après son arrivée, la malade est prise de symptômes d'obstruction intestinale et ne tarde pas à succomber.

A l'autopsie, on reconnaît que toute la masse intestinale est refoulée vers le diaphragme.

Signes de péritonite ancienne et récente.

Le foie présente son volume normal. Il porte près de la vésicule biliaire une ancienne poche kystique et trois ou quatre autres kystes dans son intérieur.

Au-dessous du foie se trouve la masse bosselée qu'on avait sentie pendant la vie. Elle est formée par des kystes hydatiques de toute grandeur, trente ou quarante environ, réunis entre eux par des brides fibreuses très vasculaires. Cette masse a étranglé la portion droite du côlon transverse qui lui est adhérente et comprime la veine porte.

Toute la partie inférieure de la masse kystique remplit le petit bassin. Un des kystes notamment a le volume d'une petite tête de fœtus et comprime fortement le rectum en même temps qu'il abaisse le vagin. Les organes génitaux internes sont enlacés au milieu de tous ces kystes; on retrouve facilement l'utérus et l'ovaire gauche, qui n'ont avec les kystes que des rapports de voisinage, mais il est impossible de reconnaître l'ovaire droit.

OBSERVATION XX

Hydatides du grand épiploon, de la surface de la rate et autres parties dont deux amenant la perforation du diaphragme. — Rupture probable d'un kyste hydatique dans la cavité abdominale pendant la vie, par le Dr Ogle. — (Transact. of the path. Soc. of London, 1860).

Le nommé J. F..., vingt deux ans, entre à l'hôpital Saint-Georges avec un abdomen volumineux contenant plusieurs tumeurs que l'on pouvait sentir par la palpation extérieure. L'abdomen diminua de volume à la suite de l'absorption d'iodure de potassium.

Mais un jour, pendant qu'il jouait dans le jardin de l'hôpital, le malade tomba et ressentit immédiatement une douleur horrible dans tout l'abdomen. Il fut rapporté à son lit en état de collapsus. Après quelque temps, il sortit de ce collapsus, et des symptômes de péritonite apparurent, qui s'apaisèrent peu après. Après avoir quitté l'hôpital, il y rentra de nouveau pour un érysipèle de la tête et de la face dont il mourut.

Autopsie. — Les muscles droits sont largement écartés par le contenu de l'abdomen, le diaphragme est refoulé jusqu'à la hauteur de la quatrième côte du côté droit. De nombreux kystes hydatiques de différentes tailles se trouvent dans le grand épiploon et des kystes semblables existent dans presque toutes les parties de l'abdomen. L'un des deux plus gros empiétait sur le foie et y était partiellement enfoncé, tandis qu'un autre avait amené la destruction de la portion droite du diaphragme, il avait fait issue dans la cavité sternale comprimant le poumon correspondant.

Un kyste hydatique à la surface de la rate.

OBSERVATION XXI

Kystes hydatiques de l'épiploon (Budd). (*Lancet*, London, 1859).

Georges Berbick fut admis dans King's College Hospital le 31 août 1842; il était âgé de vingt-huit ans, il avait toujours résidé à Londres et avait été d'une bonne santé avant les dix dernières années : alors son ventre avait commencé de grossir sans qu'il en souffrit, excepté que depuis il avait toujours été tourmenté par la bile. Il y a cinq ans, il eut une maladie grave qui paraît avoir été la fièvre typhoïde et qui dura sept à huit semaines ; il guérit parfaitement de cette maladie, mais le ventre continua de grossir jusqu'à il y a trois ans ; à dater de cette époque il resta stationnaire. Depuis sept ans, cet homme a été sujet à des spasmes qui sont devenus moins fréquents depuis quelque temps. Il y a six semaines, il fut pris d'un mal de gorge et d'un érysipèle à la tête qui dura quinze jours ; depuis lors, il maigrit et vomit presque tout ce qu'il prit.

Au moment de son admission à l'hôpital, il était très amaigri et son intelligence était affaiblie au point qu'il ne répondait pas toujours aux questions qu'on lui adressait ; il vomissait tous ses aliments et avait de la diarrhée ; l'urine et les fèces étaient rendues involontairement ; l'appétit était mauvais, la langue couverte d'un enduit foncé ; pouls à 84, très faible ; ventre très volumineux ; partie inférieure du thorax très élargie ; un grand nombre de tumeurs dures, de la grosseur à peu près d'une orange, pouvaient être senties à travers la paroi du ventre, mais il n'y avait pas de fluctuation.

Le malade s'affaiblit graduellement et mourut le 3 septembre.

A l'ouverture de l'abdomen, on vit un grand nombre de tumeurs globuleuses en rapport avec l'épiploon ; quelques-unes contenaient une hydatide solitaire, pleine d'un liquide transparent, d'autres en contenaient de deux à cinquante au plus ; il y en avait de tout à fait solides, remplies qu'elles étaient d'un grand nombre d'hydatides, sans liquide et pressées dans leur kyste comme des raisins secs.

Quelques tumeurs de la même nature étaient en rapport avec le foie lui donnant un volume énorme. La vésicule biliaire communiquait avec l'un des kystes.

Des tumeurs du même genre étaient aussi en rapport avec la rate et une autre était adhérente au sommet de la vessie urinaire.

OBSERVATION XXII

Kystes hydatiques multiples de l'abdomen, par Lacombe, interne des hôpitaux. — (*Bull. soc. anat.*, 1872.)

M. F..., employé, âgé de cinquante-huit ans, entre à Lariboisière le 19 septembre 1872.

Syphilis à quatorze ans. Il y a deux ans, il a été enfermé à Mazas, c'est là que son ventre a commencé à se développer, mais sans lui causer la moindre douleur. Aspect cachectique. Abdomen très développé. Ascite. Dans la région du foie, tumeur dure, bosselée, volumineuse, sans douleur ni troubles digestifs. On porte le diagnostic de tumeur syphilitique du foie.

Le 23 septembre, survint un œdème des membres inférieurs qui se généralisa, diarrhée. Mort le 3 octobre.

A l'autopsie, trois kystes hydatiques dans le foie, un sur sa face convexe, un vers son extrémité droite, l'autre vers son bord antérieur. Le repli péritonéal qui forme le mésocôlon transverse présente dans toute sa longueur une chaîne ininterrompue de petits kystes du volume moyen d'une pomme d'api. Dans l'épaisseur du grand épiploon se trouvent clair-semés quelques kystes, mais beaucoup plus petits, les plus gros n'atteignant pas le volume d'une noisette.

OBSERVATION XXIII.

Présentée au Congrès des Sciences médicales de Kœnigsberg, par Seydel (1879).

Seydel présente une série de kystes hydatiques de l'épiploon qui coexistaient avec un gros kyste solitaire situé dans le tissu cellulaire entre le rectum et l'utérus. Ils se trouvaient chez une juive de dix-neuf ans.

Elle avait présenté des symptômes d'obstruction due à une tumeur rénitente, élastique, située derrière l'utérus. Dans ces derniers temps, elle avait eu une diarrhée incoercible. Depuis cinq jours la malade n'urinait pas, avait un peu de fièvre et de l'œdème des membres inférieurs.

Après la ponction de la grosse tumeur, on put sentir les tumeurs plus petites, légèrement mobiles autour d'elle.

Le malade mourut quelque temps après de choléra et on trouva suspendus à l'épiploon cinq kystes du volume d'un œuf de poule avec pédicule extrêmement long et mince.

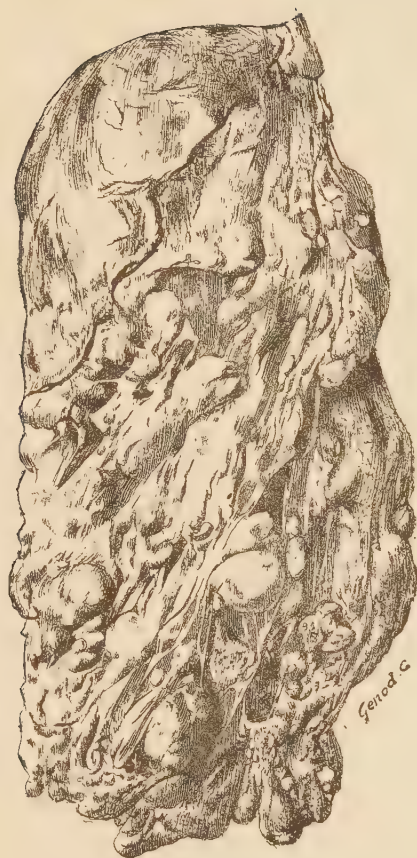
OBSERVATION XXIV

Kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale (foie-épiploon, petit bassin) par Clado. (*Bull. de la Soc. anat.* avril 1836).

M. Clado présente à la Société anatomique des pièces provenant d'une malade morte dans le service de M. Rendu, à l'hôpital Necker.

On a trouvé de nombreux kystes hydatiques dans le foie, dans l'épiploon, dans le petit bassin.

Les hydatides de l'épiploon, au nombre d'une vingtaine, ne présentant aucune adhérence soit entre elles, soit avec les organes avoisinants sont recouvertes sur leurs deux faces par la séreuse



péritonéale, ce qui montre bien qu'elles se sont développées dans l'épaisseur même des lames épiploïques.

Celles de l'excavation sont toutes placées sous le péritoine et facilement énucléables, une entre la vessie et l'utérus, deux entre l'utérus et le rectum, trois à gauche et deux à droite dans l'épaisseur des ligaments larges. L'utérus et ses annexes n'offrent aucune altération.

OBSERVATION XXV

Il s'agit d'un homme qui était traité à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans le service de M. le professeur Bondet, pour un cancer de l'épiploon. Cet homme prit la variole et vint mourir à la Croix-Rousse dans le service de M. Lannois. A l'autopsie, on trouva l'épiploon farci de kystes hydatiques. Les pièces furent photographiées. Grâce à l'obligeance de M. le professeur agrégé Lannois qui a bien voulu nous communiquer cette photographie et de notre excellent ami le Dr Génod qui l'a dessinée, nous pouvons la reproduire ici. On voit à la partie supérieure le foie qui renferme quelques kystes hydatiques et au-dessous l'épiploon qui en est surchargé.

OBSERVATION XXVI

Case of large hydatic tumour of the omentum, par Annandale
(*Brit. med. Journal*, 1877).

Une femme de trente-deux ans avait remarqué huit ans avant son entrée à l'hôpital une petite tumeur dure à la partie inférieure de l'abdomen. Elle était mobile, n'occasionnant presque aucune gêne et, ce n'est que deux mois avant la naissance du cinquième enfant qu'elle augmenta de volume et causa des douleurs. On trouve alors une tumeur réniforme, occupant la partie inférieure de l'abdomen, mobile, obscurément fluctuante, allant au-dessous

de l'ombilic vers la droite et paraissant adhérente au grand épiploon, sans relation avec les autres organes.

Une ponction qui provoqua l'issue de quelques onces d'un liquide trouble n'amena qu'une amélioration passagère. Une semaine après, nouvelle augmentation de volume et douleurs plus considérables qu'auparavant. Deuxième ponction : on trouve des crochets dans le liquide. Apparition des symptômes de suppuration du kyste : celui-ci est devenu moins mobile, plus sensible, gros comme une tête d'enfant. Incision médiane de la paroi abdominale : on tomba alors sur un kyste à parois épaisses et solides qui, à sa partie postérieure, était fortement adhérent à l'épiploon et à l'intestin, libre en avant. Le sac fut suturé à la paroi abdominale et son contenu expulsé. Drainage. Guérison après trois mois.

OBSERVATION XXVII

Echinocoque du grand épiploon, par Oscar Witzel (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, Band XXI).

J. F..., dix ans, entrée le 21 juin 1882. Tumeur grosse, tendue, occupant le milieu de l'abdomen, peu mobile de droite à gauche. Les mouvements du diaphragme sont sans influence sur elle ; pas d'adhérences avec la paroi abdominale antérieure, ovale ; surface lisse, fluctuation obscure. Elle se termine en haut entre le nombril et l'appendice ensiforme ; entre elle et le foie, zone de sonorité à la percussion, par le toucher rectal on constate que les mouvements imprimés à la tumeur ne se communiquent pas à l'utérus.

On pense à un kyste ovarique, sans cependant se prononcer absolument, et, le 23 juin, on fait la laparotomie sans spray phéniqué.

Incision médiane au-dessous de l'ombilic ; il se présente un sac lisse, blanc, dur et Trendelenburg suppose aussitôt qu'il s'agit d'un échinocoque, ponction exploratrice, issue d'un liquide jaunâtre, clair ; suture du sac à la plaie cutanée. Ouverture du sac, issue d'un

litre de liquide et d'une membrane hydatique. Toilette du péritoine, parois du kyste fixées solidement à la paroi abdominale, introduction de deux tubes à drainage moyen, pansement ouvert.

Le 29 juillet, il ne reste plus qu'une fistule, quelques mois plus tard la malade complètement guérie n'a plus qu'une petite cicatrice.

Il est probable que l'on a eu affaire à un acéphalocyste et, d'après ce que l'on a pu constater, que son siège se trouvait dans l'épiploon.

OBSERVATION XXVIII

Echinocoque de l'épiploon.

Heineke rapporte (*Deutsche Zeitschrift*, 1876) un cas d'échinocoque de l'épiploon adhérent à la paroi abdominale, incisé par Wilde et guéri.

OBSERVATION XXIX

Un cas semblable est cité par Barth (*Deutsche Archiv. für klinische Medicin*, VII).

OBSERVATION XXX

Echinocoque de l'épiploon, par Scheerenberg (*Virch. Arch.* Bd. 46, S. 392).

Il s'agit d'une jeune fille de vingt-trois ans qui portait depuis plusieurs années une tumeur abdominale qu'on avait prise pour un kyste de l'ovaire. Cette jeune fille ayant été prise de douleurs et de diarrhée depuis plusieurs années, on la ponctionna et il s'écoula des membranes et des vésicules hydatiques. La malade eut une péritonite et mourut au bout de six semaines.

A l'autopsie, on trouva, outre cette grosse poche, une petite hydatide ratatinée de l'épiploon et les cicatrices d'un petit échinocoque à la face supérieure du foie.

OBSERVATION XXXI

Slawjansky (Ein Fall von Echinococcus der Bauchhöhle, geheilt durch Laparo-Echinokokkotomie. — (*Centr. für Gynäk.*, 1880).

Femme de trente-cinq ans envoyée pour ovariectomie. Slawjansky posa le diagnostic probable d'échinocoque de l'épiploon et du mésentère. Il fit une incision et tomba sur une tumeur kystique adhérente sur une grande étendue à la paroi abdominale.

On introduisit un trocart et on en retira un liquide gélatiniforme qui contenait plusieurs vésicules. Le kyste excisé contenait environ mille vésicules variant de la grosseur d'une graine de lin à celle d'une tête d'enfant. Suture de la poche. Drainage et guérison. Plus tard un examen de l'abdomen ne décéla la présence d'aucune tumeur et même la poche conjonctive qui avait été laissée dans l'abdomen semblait avoir disparu.

La tumeur s'était développée d'une façon relativement rapide et, au dire de la malade, avait d'abord apparu à la partie supérieure de l'abdomen et n'était descendue que peu à peu. A l'examen on trouvait une tumeur un peu plus grosse que le poing dans la partie inférieure de l'abdomen, sphérique, non nettement fluctuante. Elle se laissait repousser facilement de droite à gauche, néanmoins on pouvait percevoir en avant des adhérences avec paroi abdominale. On pouvait également facilement la repousser en haut, mais, par contre, la tentation de la repousser vers la matrice provoquait des douleurs violentes dans le *scrobiculus cordis* et on avait alors une tension très prononcée de cet endroit et on sentait en outre une résistance qui, sous forme de cordon, se dirigeait vers la tumeur. Douleurs violentes au début, amendées par un traitement approprié, réapparues ensuite.

OBSERVATION XXXII

Kyste hydatique de l'épiploon, par Rein (*Centr. f. Chir.*, 1887).

Une femme de vingt-cinq ans, mère de deux enfants, entre à l'hôpital de Kiew pour une tumeur de l'abdomen.

Elle se disait enceinte de trois mois. A la palpation du ventre on sentait sur les parties latérales de l'utérus une tumeur du volume d'une tête d'enfant, mobile en tous sens, pédiculée. Cette femme avait de la fièvre. On pratiqua la laparotomie, à la suite de laquelle la tumeur fut extirpée. L'opération dura vingt minutes. Il s'agissait d'un kyste hydatique de l'épiploon. La grossesse continua son cours normal.

CHAPITRE II

Pathogénie.

Nous ne nous attarderons pas à décrire la genèse du tænia échinocoque et l'évolution qu'il subit avant d'aboutir au kyste hydatique. C'est là une question élucidée depuis longtemps et l'histoire que nous pourrions en tracer ne serait jamais qu'un pâle reflet de celle que lui consacrent tous les traités classiques de zoologie médicale. Ce qui nous paraît de beaucoup plus intéressant, c'est de rechercher comment on peut expliquer le développement de ces kystes hydatiques dans l'organe qui nous occupe, c'est-à-dire dans l'épiploon. Or, il semble qu'à cet égard trois hypothèses puissent être faites.

1° On peut tout d'abord supposer que les embryons hexacantes, après avoir pénétré par la tunique de l'estomac dans la circulation veineuse ont été transmis dans le segment artériel de la grande circulation et, de là, lancés dans la région indiquée. Mais cette hypothèse, fort vraisemblable lorsqu'il s'agit d'un kyste isolé en un point du corps

et se trouvant là on ne sait trop pourquoi, ne nous paraît avoir ici qu'une médiocre valeur. On ne voit guère, en effet, pourquoi, les choses se passant de la sorte, les échinocoques iraient se loger dans l'épiploon plutôt qu'ailleurs, pourquoi ils iraient en si grand nombre comme c'est la règle, ainsi que nous le verrons dans un instant, au lieu de se répandre dans les points les plus divers de l'économie. Cette hypothèse ne rend donc nullement compte de la prédilection des kystes hydatiques pour l'épiploon.

2° Une autre hypothèse, beaucoup plus rationnelle, et qui a pour elle l'appui de grands noms et de quelques faits bien observés, consiste à admettre que les hydatides ne se développent dans le péritoine en général qu'après y avoir été jetées à la suite de la rupture naturelle ou artificielle (ponction), d'un kyste viscéral voisin, d'un kyste du foie principalement. C'est cette opinion qui a été soutenue au VI^{me} congrès de chirurgie allemande en 1877 par Volkmann. Il avait observé un malade porteur d'un kyste du foie traité sans succès par la ponction ; à l'autopsie, il rencontra dans le mésentère, dans l'épiploon et sur le péritoine viscéral de petites tumeurs kystiques nombreuses renfermant des échinocoques. Pareils faits ont été notés par Gratia (*Presse médicale belge*, t. XXXV), par Krause (obs. XVI). Celui-ci insiste beaucoup sur cette genèse des kystes de l'épiploon à la suite de la ponction d'un kyste du foie, s'appuyant sur ce fait que, dans le cas qui lui est personnel, les tumeurs de l'abdomen n'étaient apparues qu'un certain temps après la ponction, qu'elles étaient de plus en plus disséminées à mesure qu'on s'éloignait du foie et qu'elles étaient évidemment plus récentes. Enfin, si l'on veut se reporter à l'autopsie consi-

gnée dans notre observation XXII, on voit là un foie contenant trois volumineux kystes hydatiques, le mésocôlon transverse en est également garni et ils y sont assez gros ; quant à ceux de l'épiploon, ils sont, dit l'observation, tout petits et clair-semés. Cette gradation descendante rend, ce nous semble, mieux compte que n'importe quelle argumentation de la provenance et de la migration des échinocoques de l'épiploon.

Cette opinion n'a du reste pas été soutenue seulement en Allemagne ; elle est représentée en France par MM. Charcot, Féréol, Rendu, Potain, et celui-ci, développant cette théorie, montrait déjà, en 1879, en se basant uniquement sur des faits cliniques que, « si dans les circonstances les plus ordinaires l'ouverture de la poche dans l'abdomen donne lieu à une péritonite formidable dont la mort est la conséquence nécessaire, il est cependant des cas dans lesquels cet accident n'est pas suivi de résultats aussi fâcheux ». C'était là une atténuation à l'ancienne opinion de Davaine pour qui la rupture d'un kyste hydatique dans le péritoine était fatalement suivie d'une péritonite mortelle. C'était, en outre, une constatation clinique précieuse que les recherches les plus récentes sur le liquide des kystes hydatiques n'ont fait que confirmer. Il résulte, en effet, de ces recherches entreprises par Mourson et Schlagdenhauffen, continuées par Achard et Debove, qu'à certaines époques, correspondant probablement aux périodes d'activité des vésicules, les hydatides recèlent dans leurs déchets organiques des ptomaines qui seraient la cause des accidents toxiques, tels que l'urticaire observé chez l'homme après la ponction ou la rupture dans le péritoine. Mais à d'autres époques,

probablement celles qui sont en rapport avec la période de repos des vésicules, ces ptomaines disparaissent et l'issue du liquide dans le péritoine ne détermine aucune réaction (expériences de Kirmisson et Korach). L'expérimentation vient donc ici au secours de la clinique pour montrer que si, dans certains cas, l'ensemencement de l'épiploon est précédé de symptômes de péritonite, d'intoxication comme on dit aujourd'hui, et l'observation XIX (Havage) en est un bel exemple, dans d'autres cas au contraire, et c'est ce qui arrive le plus souvent, cet ensemencement passe complètement inaperçu.

Néanmoins, si naturelle que paraisse cette hypothèse, si démonstratifs que soient les faits qui militent en sa faveur, il est certain qu'elle ne peut s'appliquer à tous les cas. Il en est en effet où, même après une autopsie bien faite, aucune trace d'hydatide ancienne ou récente n'a pu être décelée ni dans le foie, ni ailleurs, où les kystes hydatiques, en un mot, au lieu d'être secondaires, étaient primitifs. Il suffit de parcourir nos observations pour s'assurer que pareils faits ne sont pas absolument rares, Rings notamment (obs. VI) s'exprime fort nettement à cet égard. En présence de faits de ce genre, force est donc, pour expliquer le développement des hydatides dans l'épiploon, de recourir à une autre hypothèse.

3° On peut alors admettre que les choses se passent de la façon suivante : les échinocoques pénètrent par toute la surface du gros intestin et de l'intestin grêle, un certain nombre s'arrêtent dans les lames du grand épiploon en voyageant dans les larges veinules qui partent du gros intestin et remontent conduites par cet épiploon du côté

des veines de l'estomac ; d'autres sont transportés par la veine-porte dans le parenchyme hépatique ; enfin ceux qui ont pénétré par les veines hémorroïdales s'arrêtent dans le petit bassin et, de là, voyagent par les nombreuses communications de ces veines avec les utérines et celles du ligament large.

Cette hypothèse, on le voit, explique très bien, soit le développement isolé des échinocoques dans le foie, l'épiploon et le petit bassin, soit leur développement simultané. Elle suffit à elle seule à contenter l'esprit, mais nous avons vu que la précédente s'appuyait sur des faits, à ce titre elle mérite d'être retenue et conservée. Nous n'adopterons donc exclusivement ni l'une, ni l'autre, nous croyons plutôt qu'elles sont nécessaires toutes les deux pour rendre compte de tous les cas.

CHAPITRE III

Symptomatologie.

Le fait qui ressort le plus clairement de toutes les observations de kystes hydatiques de l'épiploon que nous avons pu réunir, celui qui frappe pour ainsi dire à première vue c'est la grande multiplicité des tumeurs auxquelles ils donnent naissance. Les cas de kystes uniques sont rares en effet, nous n'avons pu en réunir que sept observations et encore sur ces sept y en a-t-il une (Schee-renberg, obs. XXX), qui doit nous laisser assez sceptiques sur cette prétendue unicité. Dans cette observation, en effet, la seule où le diagnostic ait pu être contrôlé par l'autopsie, nous voyons qu'à côté de la grosse poche, qui seule avait pu être isolée pendant la vie, il y en avait une autre petite et ratatinée. Mais si anatomiquement les kystes hydatiques solitaires de l'épiploon sont rares ou même n'existent pas, il n'en est pas moins vrai que cliniquement ils se présentent quelquefois comme tels et à ce titre ils méritent d'être connus. Néanmoins, c'est là

une exception, et, comme en clinique on nous a appris à ne pas trop tabler avec les exceptions, comme d'un autre côté nous tenons essentiellement à rester sur le terrain clinique, nous ne mentionnons ces kystes solitaires que pour être complets. A part leur unicité ils présentent du reste les mêmes caractères généraux que les kystes multiples ; ils ont été pris le plus souvent pour des kystes de l'ovaire d'apparence anormale, et nous croyons qu'en présence de faits de ce genre, il suffira de songer à cette éventualité pour éviter, sinon de tomber dans la même erreur, tout au moins pour avoir son attention éveillée et agir en conséquence.

Ce point bien établi, nous nous hâtons de revenir aux kystes multiples, aux vrais kystes de l'épiploon. Ceux-ci, emprisonnés dans les lames de l'épiploon, suivant l'expression de Bouilly, comme des fruits dans un filet, forment à l'extérieur une tumeur bosselée nettement placée en arrière de la paroi abdominale. Ces bosselures, variables depuis le volume d'une noix jusqu'à celui d'une mandarine ou même davantage, manifestement unies les unes aux autres, mates à la percussion, de consistance élastique plutôt que fluctuante, jouissent d'une grande mobilité transversale et même de bas en haut, cette dernière particulièrement appréciable, ainsi que nous avons pu nous en rendre compte, quand le sujet est dans la position de Trendelenbourg ; quant à la mobilité de haut en bas, elle est nulle et très peu marquée. Toujours en grand nombre, comme nous venons de le voir, elles s'étendent parfois du rebord costal jusqu'au pubis, occupant les régions épigastrique, ombilicale et hypogastrique, s'étendant peu du côté des flancs, sauf quand le nombre en devient

excessif, alors elles se portent de préférence du côté du flanc gauche, sans doute parce que, le côté droit étant en partie occupé par le foie, elles trouvent plus de place à gauche. Avec cela pas d'ascite. Quant au frémissement hydatique, ce signe pathognomonique des kystes à échinocoques, si nous consultons nos observations, nous voyons qu'il n'a été constaté que cinq fois sur trente-deux cas. Est-ce parce qu'il est réellement exceptionnel, ou ne serait-ce pas plutôt, comme le prétend M. Tillaux, parce qu'on ne le recherche pas convenablement? Nous ne sommes pas en mesure de répondre à cette question, mais la constatation que nous venons de faire ne nous permet d'attribuer à ce signe qu'une médiocre valeur. Sa présence permet sans doute d'affirmer immédiatement le diagnostic, mais on voit que de son absence on ne peut absolument rien conclure.

Tels sont les caractères objectifs généraux sous lesquels se présentent les kystes hydatiques de l'épiploon, mais en réalité ils sont rarement aussi nettement isolés, très souvent au contraire il y a avec cette tumeur abdominale coexistence d'une tumeur pelvienne. Cela se comprend du reste assez facilement : les hydatides entraînées par leur propre poids tombent à la partie inférieure de l'épiploon et viennent se loger dans le bassin. Cette provenance épiploïque est quelquefois très nette (Tillaux, obs. X, et Richard, obs. XVII). Mais d'autres fois, il n'en est pas ainsi et alors, comme le dit M. le professeur Poncet (obs. II), il n'est plus possible de reconnaître ce qui appartient à l'épiploon et aux parois des kystes qui paraissent, en quelque sorte, situés dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. On peut admettre que ces kystes, déve-

loppés primitivement dans l'épiploon et tombés à sa partie déclive, se sont pédiculisés peu à peu, refoulant devant eux la membrane séreuse, que le pédicule devenant de plus en plus effilé a fini par se rompre, si bien que les kystes paraissent ne plus avoir aucun rapport avec leur lieu d'origine. MM. Charcot et Davaine ont rapporté un cas de ce genre. Mais que les choses se passent ainsi ou bien que ces kystes se développent primitivement dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, il n'en est pas moins vrai que cette coexistence de kystes multiples du bassin avec les kystes de l'épiploon est très fréquente. C'est là un fait, et un fait qui a de l'importance non seulement au point de vue de l'histoire clinique des kystes hydatiques de l'épiploon, mais encore au point de vue du traitement, car, ainsi que nous allons le voir un peu plus loin en nous occupant de cette question, l'ablation de l'épiploon garni de ses kystes ne constitue le plus souvent que le premier temps de l'opération. Quoi qu'il en soit, ces kystes du bassin se présentent, eux, sous la forme de petites tumeurs sphériques, de consistance élastique, développées autour de l'utérus, entre l'utérus et le rectum, entre la vessie et l'utérus chez la femme, autour de la vessie et entre la vessie et le rectum chez l'homme. Accessibles par le palper hypogastrique, on les perçoit surtout bien chez la femme par le toucher vaginal : on les sent alors bomber dans les culs-de-sac, quelquefois aplatir le vagin. Elles sont parfois mobiles, mais d'autres fois elles se créent avec les organes avoisinants des adhérences très solides, adhérences qui rendent souvent leur énucléation impossible et qui, si on tente de les rompre, peuvent exposer à des déchirures de la vessie comme cela est arrivé à

MM. Tillaux et Jaboulay. Enfin, elles impriment parfois à l'utérus, à la vessie et au rectum des déplacements qu'il est facile de deviner.

Nous ne ferons en dernier lieu que mentionner la coexistence fréquente des kystes hydatiques du foie, nous y avons suffisamment insisté au chapitre précédent.

Voilà les symptômes objectifs par lesquels se traduisent le plus ordinairement les kystes hydatiques de l'épiploon, mais à côté d'eux il est quelques symptômes subjectifs qu'il importe de ne pas négliger ; car, dans un diagnostic aussi délicat, on ne saurait s'entourer de trop de renseignements. Le début, nous l'avons vu au chapitre de la pathogénie, peut quelquefois être marqué par des phénomènes d'intoxication, mais cela est rare, le plus souvent ce début est insidieux et rien n'attire l'attention du malade, si ce n'est une augmentation de volume progressive du ventre. Toutefois un fait qui manque rarement et qu'il nous paraît important de mettre bien en lumière, c'est l'existence, à une époque plus ou moins reculée de l'évolution de la maladie, de véritables crises douloureuses survenant sous l'influence du moindre effet et paraissant augmenter avec le temps et avec l'accroissement des échinocoques contrairement à ce qui a lieu pour l'accroissement des échinocoques des autres organes. Frerichs dit en effet à ce sujet, en parlant des échinocoques du foie, qu'ils n'occasionnent pas de sensations douloureuses, lorsqu'ils ont pris une certaine extension, ils donnent lieu seulement à un sentiment de poids et de tension, mais de douleurs véritables, il n'en apparaît que si la tumeur s'enflamme. Ces crises douloureuses étaient très marquées chez la malade que nous avons eu l'occasion d'observer,

nous les retrouvons dans presque toutes nos observations ; en Allemagne, en Angleterre où les auteurs, essayant de traduire les sensations éprouvées par leurs malades, leur donnent le nom de *spasmes*. Il semble qu'on puisse les attribuer soit à la torsion de l'épiploon sous l'influence des mouvements péristaltiques de l'intestin, soit plutôt à la traction qu'exerce l'épiploon farci de kystes hydatiques sur le côlon transverse et l'estomac. Ces crises douloureuses s'accompagnent parfois (obs. I), de véritables troubles digestifs. En raison de leur fréquence et de leur allure particulière nous les considérons comme un signe d'une grande valeur diagnostique.

Quant aux autres troubles que ces tumeurs pourraient déterminer dans l'abdomen, on conçoit qu'ils soient peu marqués à cause de la laxité des parois de cette cavité et du déplacement facile de l'intestin. Il n'en est pas tout à fait de même pour celles qui siègent dans le bassin : là, en effet, l'inextensibilité des parois leur offre un point d'appui, par suite elles peuvent comprimer le rectum, les uretères, le vagin, déplacer l'utérus, la vessie et donner lieu ainsi à des troubles qu'il est facile de deviner et de rapporter à leur véritable cause quand ces tumeurs ont été bien constatées.

CHAPITRE IV

Diagnostic. — Marche. — Pronostic.

Nous n'essayerons pas de distinguer les kystes hydatiques de l'épiploon de toutes les affections avec lesquelles ils pourraient être confondus. Il nous faudrait pour cela passer en revue toutes les tumeurs abdominales, ce qui serait non seulement en dehors des limites de notre sujet mais encore et surtout de notre compétence. Nous avons du reste, dès le début, manifesté l'intention bien arrêtée de rester sur le terrain clinique ; fidèle à ce principe, nous ne tenterons le diagnostic qu'avec celles des tumeurs qui peuvent raisonnablement donner le change avec l'affection dont nous nous occupons. Or, nous avons pour cela un sûr moyen de ne pas nous égarer, c'est de voir comment ont fait les praticiens qui se sont trouvés aux prises avec cette affection. Si, donc nous consultons nos observations à ce point de vue, nous voyons qu'en dehors des cas où le diagnostic n'a pas été fait du tout, ce qui en représente à peu près la moitié, les kystes hydatiques de

l'épiploon n'ont été confondus qu'avec trois autres affections : le cancer de l'épiploon chez l'homme, les kystes multiloculaires de l'ovaire et les fibromes utérins chez la femme.

Le diagnostic avec le cancer, au dire de M. Péan dont la haute compétence en matière de tumeur abdominale fait presque loi, n'est pas facile au début. Au début, en effet, le cancer et surtout le cancer primitif est le plus souvent latent. Donc, au cas de cancer comme au cas de kyste hydatique, peu ou pas de symptôme et, pour ajouter encore à la confusion, tumeurs multiples de part et d'autre. Néanmoins, toujours d'après M. Péan, les kystes sont globuleux ou présentent des bosselures régulières, faciles à percevoir, tandis que dans le cancer elles sont, inégales irrégulières, comme étalées sous la paroi abdominale. Dans les kystes, la consistance est uniforme, élastique dans toute l'étendue de la tumeur qui présente parfois une fluctuation obscure. Le cancer a, au contraire, une consistance beaucoup plus irrégulière et l'on n'y perçoit pas de fluctuation. Mais c'est surtout sur la marche des deux affections qu'il faut établir le diagnostic : toujours lente au cas de kyste hydatique, il n'en va plus de même de même, en effet, au cas de cancer. Ici la période latente est toujours de courte durée et, chose qui n'arrive jamais en cas de kyste hydatique, bientôt apparaît une ascite hémorragique plus ou moins abondante et bientôt aussi se développe la cachexie.

La confusion avec un kyste multiloculaire de l'ovaire est également assez facile, surtout quand la masse globuleuse formée par les kystes hydatiques est un peu déjetée

de côté et qu'elle maintient l'utérus en rétroversion, comme c'était le cas chez la malade que nous avons observée. Il en va de même avec les fibromes sous-péritonéaux multiples quand les kystes épiploïques plongent dans le bassin et qu'ils y ont acquis des adhérences. Il est vrai qu'au cas de kyste multiloculaire de l'ovaire la marche de l'affection est plus rapide, les tumeurs moins disséminées. Les tumeurs sont également moins disséminées, moins en nappe au cas de fibromes et on a là, en outre, comme éléments précieux de diagnostic le toucher bimanuel et le cathétérisme utérin. Mais si, pour une raison ou pour une autre, le cathétérisme utérin ne peut être pratiqué, si les fibromes sont enclavés dans le bassin, on voit combien le problème devient délicat. Tous les signes que nous pouvons donner en faveur de telle affection plutôt que de telle autre sont donc plutôt théoriques que pratiques. Le fait a, du reste, en lui-même peu d'importance, car nous avons souvent entendu dire à M. Poncet que dans les tumeurs abdominales dont la nature est douteuse, il est absolument indispensable de recourir à la laparotomie qui, seule, peut fixer la conduite à tenir. Toutefois, même avant la laparotomie exploratrice nous croyons pouvoir être autorisé à dire : toutes les fois qu'on trouve des noyaux multiples disséminés en même temps dans la cavité abdominale et dans la cavité pelvienne, que ces noyaux multiples s'accompagnent de crises douloureuses, quelquefois de troubles digestifs, il faut songer aux kystes hydatiques de l'épiploon et ne les éliminer que par la ponction.

C'est maintenant le moment de nous demander comment évolue cette affection dont nous venons d'établir ou plutôt

de tenter le diagnostic. Le début, nous le connaissons, nous avons vu que, marqué dans quelques cas par des phénomènes d'intoxication, il était le plus ordinairement latent et insidieux. Cette période latente dure plus ou moins longtemps, un temps qu'il est du reste toujours difficile de préciser à cause de ces phénomènes obscurs du début qui empêchent d'assigner une date exacte à l'affection. Le patient ou la patiente s'aperçoivent que leur ventre grossit progressivement ou, s'ils savent mieux s'observer, ils découvrent eux-mêmes les tumeurs qui en sont la cause. Toujours est-il que cette période latente, quelle que soit sa durée, n'a qu'un temps. Alors apparaissent ces crises douloureuses sur lesquelles nous avons assez longuement insisté et qui s'accompagnent parfois de véritables troubles digestifs. Dès ce moment, l'existence du sujet porteur d'une telle affection devient pénible, sinon insupportable, et c'est ordinairement pour remédier à ses douleurs qu'il vient réclamer les secours du chirurgien. Parfois, à côté de ces crises douloureuses, prennent place des poussées de péritonite qui, d'après les dernières recherches entreprises sur le liquide des kystes hydatiques, ne sont le plus ordinairement, nous l'avons vu, que des phénomènes d'intoxication. Mais cette intoxication ne se traduit pas seulement par de l'urticaire ou des accidents tels que la dyspnée, l'état syncopal, les nausées, les vomissements, le péritonisme ou le collapsus, elle peut encore déterminer la mort subite¹.

En outre, à cause de la grande vascularisation de l'épiploon, par suite du transport facile des germes pyogènes,

¹ Achard, De l'intoxication hydatique (*Arch. gén. de méd.*, oct. 1888).

on conçoit que l'infection secondaire et la suppuration de quelques-uns de ces kystes ne soit pas chose absolument rare, en conséquence la rupture d'un de ces kystes suppurés dans le péritoine peut donner lieu à une péritonite mortelle à brève échéance. Donc, que ce soit par intoxication ou par infection, le sujet porteur de kystes hydatiques de l'épiploon est sans cesse exposé à la mort subite, il suffit que, pour une raison ou pour une autre, sous l'influence d'une simple chute parfois (obs. XX) un de ces kystes vienne à s'ouvrir dans la cavité péritonéale. Mais ce n'est pas là le seul mode de terminaison brusque de cette affection : en raison de la compression exercée par la tumeur pelvienne sur les uretères ou la vessie, il peut survenir dans la fonction urinaire des troubles aboutissant à l'urémie et à la mort (obs. XVIII), d'autres fois, c'est par obstruction intestinale que survient le dénouement fatal (obs. XIX). Enfin, quand le patient réussit à échapper à ces brusques terminaisons, en proie à des douleurs de plus en plus violentes et traînant une vie misérable, il s'achemine plus ou moins lentement, mais inévitablement vers la cachexie, et alors la mort survient au milieu de ce cortège de symptômes bien connus et qu'il est inutile de reproduire ici.

Cet exposé rapide de la marche de la maladie en dit assez long et ce serait, à notre avis, s'exposer à des édités que d'insister sur la gravité du pronostic d'une affection qui, comme nous venons de le voir, expose à tout moment à la mort subite ou bien, quand les choses se passent avec moins de fracas, aboutit fatalement à la cachexie. C'est cette terminaison fatale que le chirurgien ne doit jamais perdre de vue, car c'est elle qui doit lui tracer sa ligne de conduite.

CHAPITRE V

Traitement.

Le pronostic, nous venons de le voir, commande le traitement. En présence d'une affection aussi grave, on ne saurait rester les bras croisés ; il faut intervenir et intervenir de bonne heure, car s'il est vrai que dans toute lésion l'intervention chirurgicale a d'autant plus de chance d'être curative qu'elle est plus hâtive, c'est bien ici surtout que cette loi générale est applicable. Ici, en effet, il s'agit d'une affection dont la diffusion peut s'étendre à tous les points de la cavité abdominale, puisqu'elle peut se faire par une sorte de greffage et il va sans dire que, plus les tumeurs seront nombreuses, profondes, volumineuses, à sièges multiples, plus les chances d'infection seront augmentées pendant l'opération. En intervenant de bonne heure, on sera en outre dans des conditions d'autant meilleures pour enlever la totalité des tissus pathologiques.

Certes, nous n'ignorons pas les objections que peut sou-

lever cette intervention. Les malades arrivant presque toujours chez le chirurgien à une époque assez éloignée du début de leur affection, elles sont toutes plus ou moins tirées de la grande multiplicité des kystes dont ils sont alors porteurs, de la crainte par conséquent de tenter une opération incomplète. Cette crainte ne saurait nous arrêter, car, pour faire œuvre utile, pas n'est besoin d'enlever la totalité des tumeurs parasitaires. Nous avons en effet entendu M. le professeur Poncet revenir bien des fois sur ces faits de laparotomies simplement exploratrices et qui sont devenues par la suite véritablement curatives, nous l'avons entendu citer bien des cas de ces opérations abdominales forcément incomplètes où, au lieu de voir repululer les masses restantes, on les avait au contraire vues rétrocéder. Quelque nombreuses et quelque insuffisantes en même temps que soient les explications qu'on en ait donné, il n'en est pas moins vrai qu'il y a là un fait bien clinique et dont on a pu faire une application féconde dans le traitement chirurgical des péritonites tuberculeuses (voir thèse de Pic, Lyon 1891). Mais si nous rappelons ici ce fait, si nous le faisons entrer en première ligne parmi les raisons qui doivent nous pousser à intervenir, c'est que nous avons pu le constater nous-même dans le cas particulier qui nous occupe. Si l'on veut bien se reporter en effet à notre observation I, on verra qu'au cours de l'opération, M. Goullioud, dans la crainte de blesser les mésocôlons, avait dû laisser sous le foie une masse assez considérable de kystes, masse qu'on sentait très bien, comme cela est signalé à la date du 23 juin, et qu'il se proposait d'aller atteindre un peu plus tard par la voie lombaire. Mais, chose absolument inattendue, ainsi que le dit l'obser

vation, lorsque la malade revint se montrer à la consultation gratuite dans le courant du mois dernier, c'est-à-dire sept mois après l'opération, la masse sous-hépatique avait presque totalement disparu et un observateur non prévenu n'aurait certainement rien constaté à ce niveau. Mieux vaut donc faire une opération incomplète que de ne rien faire du tout.

Quant à la gravité de l'opération, elle n'est pas, ce nous semble, disproportionnée avec celle de l'affection. Chez la malade que nous avons observée et à laquelle on réséqua le tablier épiploïque tout entier, il y eut seulement un peu de shock, schock qu'on peut du reste mettre en grande partie sur le compte de l'affection mitrale dont la malade était en même temps atteinte.

Pour ce qui est du bénéfice acquis, il fut presque immédiat : la malade vit disparaître comme par enchantement ses douleurs et ses troubles digestifs et put reprendre un travail dont son affection épiploïque l'avait tenue longtemps éloignée.

Nous avons revu tout récemment cette malade, ainsi que nous le disons un peu plus haut, sept mois après l'opération : son état est des plus satisfaisants et l'examen le plus minutieux ne permet de constater aucune récurrence. Au reste, si nous consultons au même point de vue les observations que nous avons pu réunir, nous voyons que sur les quinze cas où l'on est intervenu d'une façon rationnelle, c'est-à-dire par la laparotomie, soit pour des kystes multiples, soit pour des kystes uniques, il y a eu onze cas de guérison et seulement quatre cas de mort. Encore n'est-il peut-être pas inutile d'ajouter que dans deux de ces quatre cas on est intervenu en pleine cachexie (Tillaud, obs. X,

et Jaboulay, obs. III). Cette statistique est encourageante et doit assurément vaincre les dernières résistances de ceux qui seraient encore pour l'expectation.

La seule opération rationnelle, celle qui s'impose pour ainsi dire dans l'espèce, c'est évidemment la laparotomie. Mais, la laparotomie pratiquée, en se trouve en face de la question qui a surgi au début de ce chapitre : faut-il procéder à l'extirpation complète de toutes les hydatides en présence desquelles on se trouve ? L'idée d'une extirpation radicale est certainement séduisante comme dans toute ablation de tumeurs ; mais ici, et c'est là l'opinion de M. Poncet, les difficultés d'ablation complète peuvent être très grandes, et par cela même le danger opératoire considérablement augmenté. Ces difficultés n'existent pas quand les kystes hydatiques sont nettement limités à l'épiploon. Dans ce cas, on pratique sur les lames épiploïques, au-dessus des hydatides, une série de pédicules plus ou moins nombreux suivant les cas, et on peut ainsi réséquer l'épiploon tout entier, enlevant du même coup les tumeurs qui y sont contenues. Nous n'insistons point sur les détails du manuel opératoire, il est minutieusement décrit dans notre observation I et nous y renvoyons. C'est là généralement le premier temps de l'opération, le temps, comme nous venons de le dire, relativement facile. Mais, l'épiploon enlevé, lorsqu'on arrive sur les tumeurs pelviennes, lesquelles peuvent être, comme dans l'observation II, situées dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et faire plus ou moins corps avec les parties profondes de l'excavation, on comprend que les manœuvres qui ont pour but leur éradication s'accompagnent de déchirures (Jaboulay, obs. III, et Tillaux, obs. X), de déla-

brements étendus du péritoine, de rupture des kystes dont le liquide, quelquefois toxique, d'autres fois suppuré, et par suite infectieux, peut être pour la séreuse péritonéale une source de contamination des plus graves. Dans ces cas complexes, M. Poncet est d'avis de n'enlever que les masses parfaitement énucléables et d'abandonner les kystes dont l'ablation paraît constituer un véritable danger. L'opération terminée, il est toujours prudent de drainer par la voie vaginale ou tout au moins de recourir au tamponnement antiseptique de Mikulicz.

Une telle opération, quoique incomplète, n'en présente pas moins de sérieux avantages, comme nous l'avons vu un peu plus haut, non seulement en nous fondant sur un raisonnement par analogie toujours plus ou moins sujet à caution, mais en citant un fait à l'appui de cette manière de voir. Du reste, si par hasard ces kystes pelviens profonds laissés en place ne rétrocédaient pas, on pourrait plus tard songer à agir sur eux et dans ce cas la voie la meilleure serait, suivant M. Poncet, la voie vaginale, soit que l'on ait recours à une hystérotomie totale comme dans certaines variétés de suppurations pelviennes, soit que l'on se contente d'inciser et d'ouvrir largement, toujours par la voie vaginale ces collections liquides, les modifiant ensuite profondément par des injections appropriées et surtout un tamponnement antiseptique avec la gaze iodoformée.

Quant au traitement des kystes solitaires de l'épiploon, à cause de leur rareté, nous n'en dirons qu'un mot. Nous rejetons tout d'abord la ponction parce que, toutes les fois qu'elle a été pratiquée, il en est résulté des accidents, par suite, nous croyons qu'il faut s'en tenir aux procédés

appliqués d'une part par Wilde et Slawjansky, d'autre part par Trendelenbourg et Annandale. Le procédé de Wilde et Slawjansky, applicable seulement quand il existe des adhérences, consiste à inciser et à drainer ; celui des deux autres auteurs, applicable dans les autres cas, consiste à suturer d'abord le sac à la paroi abdominale et à l'inciser ensuite en un seul temps. On pourrait aussi se demander si, dans ces cas de kyste unique sans adhérence, on ne pourrait pas traiter la poche comme un kyste de l'ovaire, c'est-à-dire la tirer au dehors, la ponctionner, exciser le sac et réduire le pédicule dans la cavité abdominale. Mais ce procédé n'ayant jamais été appliqué, nous ne saurions nous prononcer sur sa valeur.

CONCLUSIONS

Si maintenant nous voulons résumer notre travail en quelques lignes, nous dirons :

I. Les kystes hydatiques de l'épiploon sont généralement secondaires ; ils s'y développent à la suite de la rupture naturelle ou artificielle (ponction) d'un kyste viscéral voisin, d'un kyste du foie principalement, et cette rupture peut être accompagnée ou non de phénomènes d'intoxication.

Néanmoins, dans quelques cas ces kystes sont primitifs.

II. Ces kystes sont presque toujours multiples.

Très fréquemment ils coexistent avec d'autres développés dans le bassin. La provenance épiploïque de ces derniers est quelquefois très nette ; d'autres fois, au contraire, elle l'est si peu qu'ils paraissent s'être développés primitivement dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

III. Le diagnostic doit être fait chez l'homme avec le cancer de l'épiploon, chez la femme avec les kys-

tes multiloculaires de l'ovaire et les fibromes utérins. Ce diagnostic est parfois très difficile, néanmoins toutes les fois qu'on trouve des noyaux multiples disséminés en même temps dans la cavité abdominale et dans la cavité pelvienne, que ces noyaux multiples s'accompagnent de crises douloureuses, quelquefois de troubles digestifs, il faut songer aux kystes hydatiques de l'épiploon et ne les exclure que par la ponction ou la laparotomie exploratrice.

IV. Le sujet porteur de kystes hydatiques de l'épiploon est sans cesse sous le coup de la mort subite, que celle-ci arrive par intoxication, par infection ou par un autre mécanisme.

Si l'affection ne se termine pas aussi brusquement, elle aboutit fatalement à la cachexie et à la mort.

V. Le pronostic commande le traitement. Il faut intervenir et intervenir de bonne heure.

La seule opération rationnelle est évidemment la laparotomie. La laparotomie pratiquée, l'opération proprement dite comprend généralement deux temps à cause de la coexistence fréquente des kystes pelviens : un premier temps dans lequel on résèque l'épiploon chargé de ses kystes par une série de ligatures placées sur les lames épiploïques au-dessus des tumeurs, un second temps dans lequel, l'épiploon enlevé, on procède à l'énucléation des kystes pelviens. Il vaut mieux, d'après M. Poncet, n'enlever que ceux de ces kystes qui sont facilement énucléables et laisser les autres.

Cette opération, quoique incomplète, n'en présente pas

moins de sérieux avantages comme nous l'avons démontré en raisonnant par analogie avec ce qui se passe dans le traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse et en apportant un fait personnel à l'appui de cette thèse. Du reste si par hasard ces masses laissées en place ne rétrocédaient pas, il serait toujours possible d'aller plus tard à leur rencontre et d'y aller, comme le conseille M. le professeur Poncet, par la voie vaginale.

Vu, bon à imprimer :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PONCET.

Vu, bon à imprimer
LE DOYEN,
LORTET.

Vu, bon et permis d'imprimer :
LE RECTEUR,
E. CHARLES.

BIBLIOGRAPHIE

- Blanchard (R). — Traité de zoologie médicale, 1886.
- Davaine. — Traité des entozoaires et des maladies vermineuses, 2^e édition, 1877.
- Charcot. — Mémoire sur les kystes hydatiques du petit bassin, Gazette médicale, 1852.
- Neyret. — Des kystes hydatiques du tissu cellulaire sous-péritonéal du petit bassin. Th. Paris, 1863.
- Gérard. — Des kystes hydatiques du péritoine. Th. Paris, 1876.
- Masseron. — Des kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale et pelvienne. Th. Paris, 1882.
- Albert. — Des kystes hydatiques multiples de la cavité péritonéale. Th. Paris, 1887.
- Freund. — Echinocoques du bassin chez la femme (Archiv für Gynäk., XV, 1880).
- Legrand. — Etude sur les kystes hydatiques de la vessie. Th. Paris, 1890.
- Debove. — De l'intoxication hydatique (Soc. méd. des hôp., 9 mars 1888).
- Porak. — Des kystes hydatiques du petit bassin au point de vue de la dystocie (Gaz. hebd. de Paris, 1884).
- Péan et Secheyron. — Etude sur les kystes hydatiques de l'utérus (Archives de tocologie, Paris, 1887).

Tuffier. — De l'incision hypogastrique dans les kystes hydatiques de l'espace rétro-vésical (5^e Congrès français de chir., 1891).

Mauny. — Ruptures intra-péritonéales des kystes hydatiques, Th. de Paris, 1891.

Oscar Witzel. — Kystes hydatiques de l'épiploon (Deutsche Zeitschrift für Chir. Bd. XXI).

Péan. — Traité des tumeurs abdominales.

Revue. — Index et journaux divers.

TABLE

INTRODUCTION	5
CHAPITRE PREMIER. — Observations cliniques	11
CHAPITRE II. — Pathogénie	50
CHAPITRE III. — Symptomatologie	55
CHAPITRE IV. — Diagnostic. — Marche. — Pronostic.	61
CHAPITRE V. — Traitement	66
CONCLUSIONS	73
BIBLIOGRAPHIE	77

